
L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics

X09_10533_00432

Anna Huguet Roselló
Rubén Nieto Luna
Montserrat Martínez García

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**Anna Huguet Roselló**

Doctora en Psicologia, actualment treballa com a investigadora post-doctoral a l'IWK Health Centre, Halifax (Canadà). Està especialitzada en l'àmbit de la psicologia de la salut en població infantil, i més concretament en el dolor infantil.

**Rubén Nieto Luna**

Doctor en Psicologia Clínica i de la Salut per la Universitat de Barcelona. Professor responsable a la Universitat Oberta de Catalunya, on coordina assignatures de l'àrea de personalitat, avaluació i tractaments psicològics.

Els seus principals interessos quant a la recerca són la psicologia de la salut, i més concretament el dolor crònic, i l'aplicació de les noves tecnologies en psicologia clínica i de la salut.

**Montserrat Martínez García**

Llicenciada en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona i diplomada en Logopèdia. Doctorand en Psicologia. Comparteix la feina de consultora de la UOC amb la consulta privada.

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Importància de l'avaluació en el context de la psicologia clínica i de la salut	7
1.1. Importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut en el procés d'avaluació i intervenció psicològica	7
1.2. Importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut per a la recerca	10
2. El procés d'avaluació: aspectes pràctics	12
2.1. El primer contacte amb el pacient	12
2.2. Identificació i especificació dels problemes	14
2.3. Anàlisi funcional	16
2.4. Elements relacionats amb una probabilitat més gran d'abandonament de l'avaluació i la intervenció	19
3. Continguts bàsics de l'avaluació	23
4. Aspectes ètics de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut	25
4.1. Aspectes del codi deontològic rellevants per al procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut	25
4.2. La confidencialitat	28
4.3. Models de presa de decisions	31
5. Elements importants que cal tenir en compte per a l'avaluació	34
5.1. Motivacions per a ser psicòleg clínic i de la salut	34
5.2. Habilitats terapèutiques	36
5.2.1. Empatia	37
5.2.2. Acceptació positiva incondicional	42
5.2.3. Autenticitat	43
5.3. Capacitats i habilitats	46
5.4. Elements del terapeuta que poden impactar negativament	47
5.5. Característiques de l'avaluat	47
5.6. Elements del context d'avaluació	50
6. Entrenament en situacions difícils	52

Bibliografia..... 69

Introducció

En aquest primer mòdul presentem el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut i els elements que hi poden influir. Com que pretenem presentar els continguts des d'un punt de vista molt aplicat, us en mostrem exemples i us proposem activitats de reflexió. En aquest sentit, la darrera part del mòdul es dedica a treballar amb situacions difícils que es poden donar en un context d'avaluació i quines estratègies es poden seguir per a afrontar-les.

Objectius

El principal objectiu del mòdul 1 és establir les bases del procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut. Aquest objectiu general es concreta en el següent:

- 1.** Valorar la importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut.
- 2.** Presentar el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut.
- 3.** Reflexionar sobre aspectes ètics en el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut.
- 4.** Reflexionar sobre les variables del psicòleg que poden influir en el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut.
- 5.** Reflexionar sobre les variables del pacient i del context que poden influir en el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut.
- 6.** Treballar amb possibles dificultats que es poden donar durant el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut.

1. Importància de l'avaluació en el context de la psicologia clínica i de la salut

Per a començar aquest mòdul subratllem molt breument la importància de l'avaluació, tant per a la pràctica clínica com per a la recerca en l'àmbit de la psicologia clínica.

1.1. Importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut en el procés d'avaluació i intervenció psicològica

Alguns dels objectius fonamentals de l'avaluació són els següents: 1) descriure el funcionament actual de la persona; 2) confirmar, refusar o modificar les impressions formades a través d'interaccions menys estructurades; 3) identificar necessitats terapèutiques; 4) ajudar al diagnòstic diferencial; 5) seguir l'evolució i l'èxit del tractament o identificar nous aspectes que requereixen atenció; 6) proporcionar als pacients realimentació o *feedback* de l'avaluació com a intervenció.

A partir dels objectius esmentats, veiem que l'avaluació psicològica és un procés essencial per a la pràctica en l'àmbit de la psicologia clínica i de la salut, ja que és un dels pilars bàsics per a poder conèixer la persona, els seus problemes i poder dissenyar un tractament. De fet, podem entendre l'avaluació psicològica i la intervenció psicològica com peces diferents d'un mateix procés. És a dir, no podem fer una intervenció adequada si no fem una avaluació acurada; de fet, els resultats de la intervenció ens poden fer replantejar-nos l'avaluació i avaluar nous aspectes.

Malgrat això, també hi ha situacions en què és essencial una avaluació psicològica sense fer cap intervenció. Un exemple d'avaluació psicològica sense intervenció és un informe judicial. També hi ha altres àmbits, com és el cas de la selecció de personal, l'objectiu dels quals no és fer una intervenció. En aquest material, però, fem referència bàsicament a l'avaluació que s'emmarca en un procés més general i intervenció. Per tant, els objectius bàsics són: conèixer i delimitar els problemes que té la persona, avaluar els canvis que es produeixin a mesura que avança el tractament i avaluar-ne els resultats.

En aquest marc, el del procés d'avaluació com un element més en el procés d'intervenció, per tal de destacar la importància de l'avaluació psicològica, pot ser útil recordar la seqüència del procés d'intervenció psicològica i establir un paral·lelisme amb el mètode científic. És a dir, el psicòleg clínic i de la salut ha d'actuar com un investigador que, en un primer moment, se centra a reformular la demanda del pacient en termes psicològics. A partir d'aquesta reformulació, ha d'establir hipòtesis i recollir informació per contrastar-les. Per establir les hipòtesis, el psicòleg recollirà informació de diferents àmbits relaci-

Lectura complementària

Els objectius fonamentals de l'avaluació que esmentem són els que Meyer proposa en l'obra següent:

G. J. Meyer *et al.* (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 128-165.

onats amb el pacient amb l'objectiu de conèixer la persona, els seus problemes i circumstàncies. Un cop recollida la informació i contrastades les hipòtesis, està en condicions d'establir els objectius de tractament amb el pacient, que s'han de derivar necessàriament de la recollida d'informació i de les hipòtesis establertes. Posteriorment, només cal dissenyar el tractament i aplicar les tècniques més efectives i eficaces per a tractar els objectius plantejats.

Cal remarcar, però, que les hipòtesis formulades es tractaran sempre com provisionals, ja que poden canviar en funció de la nova informació que s'obtingui durant el procés o dels resultats del tractament. Per tant, l'avaluació és present en tot el procés, ja sigui per a avaluar els canvis o els nous aspectes que no s'havien tingut en consideració prèviament.

A partir d'aquest procés d'intervenció descrit breument, veiem que una avaluació acurada és essencial en l'àmbit de la psicologia clínica i de la salut per a:

- Conèixer, reformular i delimitar el problema del pacient.
- Avaluar els factors relacionats amb el problema del pacient.
- Establir hipòtesis explicatives.
- Establir els objectius terapèutics i dissenyar el tractament.
- Avaluar els canvis que es produeixen i els resultats del tractament.

Per tant, en primer lloc, l'avaluació ens ha de servir per a conèixer el problema del pacient i els factors que s'hi relacionen (precipitants i/o mantenidors). Amb aquesta finalitat, l'eina fonamental de què disposem és l'entrevista clínica. No obstant això, en moltes situacions ens interessarà també utilitzar altres instruments per tal de detallar i quantificar la magnitud del problema.

Un cop hem recollit prou informació del problema i les variables relacionades, estem en condicions de plantejar les hipòtesis explicatives que són la base per a establir els objectius terapèutics i dissenyar el tractament. Posteriorment, quan comencem a aplicar el tractament, el procés d'avaluació també serà essencial per a avaluar els canvis que es produeixen. És important, doncs, utilitzar els mateixos instruments durant tot el procés. Això ens permetrà avaluar l'eficàcia de les intervencions que fem i el grau en què les hipòtesis plantejades s'ajusten realment al problema del pacient. És en aquest sentit que diem que avaluació i intervenció són dos processos que van sempre junts i es retroalimenten constantment.

També és essencial el procés d'avaluació per a valorar els resultats finals després d'una intervenció i decidir si aquesta finalitza o no. És a dir, és tan essencial avaluar les millores del pacient al llarg del procés com avaluar els resultats quan considerem que s'ha arribat al final del tractament. En aquest punt, és important disposar de mesures quantificables i, si és possible, que siguin les que hem utilitzat a l'inici i durant les avaluacions que hem fet durant el procés.

La importància de les mesures quantificables

Si un dels nostres objectius era millorar el nivell de discapacitat que pateix un pacient amb dolor crònic, és aconsellable recollir la mateixa variable amb el mateix instrument a l'inici de l'avaluació i en les diferents avaluacions que hem dut a terme durant el procés. En cas que no es faci d'aquesta manera, no serem capaços de determinar si els canvis observats són perquè el pacient ha millorat o perquè els instruments que hem utilitzat mesuren realment coses diferents.

Per a poder considerar la idoneïtat de finalitzar el tractament, és important tenir present que s'han de produir canvis significatius en la simptomatologia fonamental. No obstant això, també s'han de produir en el funcionament psicossocial, la qualitat de vida, la salut i el benestar general del pacient.

Un exemple

Una pacient amb fibromiàlgia arriba a la nostra consulta i presenta nivells de depressió i discapacitat elevats. Avaluem, en la primera entrevista (entre d'altres elements que aquí no s'exposen perquè es tracta d'un exemple breu) el nivell de depressió amb el BDI i la pacient obté una puntuació de 25, que indica un grau de depressió moderada. En aquesta primera entrevista avaluem també, entre altres àrees, el nivell de discapacitat que té amb el *Pain Disability Index* (PDI; Pollard, 1984) i la pacient obté una puntuació de 8 (discapacitat greu).

Ens plantegem com a hipòtesi explicativa que el problema de dolor de la pacient li provoca un grau elevat de depressió perquè té pensaments catastrofistes (creu que el dolor és terrible, que no pot fer res per evitar-lo o disminuir-lo i en pensa constantment). Aquests pensaments fan que eviti dur a terme activitats que abans feia perquè té por que duent-les a terme s'incrementi el nivell de dolor i malestar. A partir d'aquestes premisses, el terapeuta i el pacient plantegen com a objectiu reduir el nivell de depressió i de discapacitat. Per tal d'aconseguir aquests objectius, el terapeuta estableix un programa de tractament basat en l'entrenament en relaxació i la reestructuració cognitiva. Després de dues setmanes de tractament el terapeuta torna a avaluar el nivell de depressió amb el BDI i obté una puntuació de 16.

També avalua el nivell de discapacitat amb el PDI i obté una puntuació de 6. Per tant, sembla que les hipòtesis establertes i el tractament triat van pel bon camí. Hem de tenir en compte que els canvis observats són molt petits al principi de la teràpia. El terapeuta decideix seguir amb el tractament i avaluar els canvis cada dues setmanes i obté resultats satisfactoris. Als dos mesos, sembla que els assoliments aconseguits són adequats i que la pacient ha après a utilitzar les tècniques que li ha ensenyat. Decideix fer una avaluació final i la puntuació en el BDI és de 3 i en el PDI de 2. Per tant, decideix acabar la teràpia, perquè s'han assolit els objectius fixats inicialment, i citar la pacient al cap d'un mes per fer-ne un seguiment.

Possibles problemes

En analitzar els resultats d'una teràpia, hem vist com el terapeuta utilitza dues mesures que permeten quantificar els problemes dels pacients de manera acurada en diversos moments de la intervenció i valorar-ne els assoliments. No obstant això, pensem que hauria passat si el terapeuta hagués utilitzat cada dues setmanes instruments diferents indistintament per a avaluar la depressió (per exemple, el BDI i les escales de depressió de Hamilton). Pensem també que hauria passat si el terapeuta només hagués fet l'avaluació al principi i al final del tractament. O si el terapeuta hagués utilitzat uns instruments que no tinguessin unes propietats psicomètriques adequades.

A més d'utilitzar sempre les mateixes mesures quantificables, també és important, sobretot per a l'avaluació dels canvis durant el tractament, que aquestes mesures siguin sensibles, ràpides i fàcils d'aplicar. Això es considera necessari per tal de portar a terme l'avaluació dels canvis de la manera més ràpida i senzilla possible sense interferir en el tractament.

D'altra banda, no solament és essencial l'avaluació per a valorar el resultat al final de la intervenció, sinó que també és essencial fer l'avaluació del manteniment dels canvis a llarg termini. En el primer seguiment, hem de tenir en compte que és habitual que les millores hagin disminuït. Seguint amb l'exemple anterior, la pacient que al final de la teràpia tenia una puntuació de 3 en el BDI, en el seguiment fet al cap d'un mes va tenir una puntuació de 6. Per aquest motiu, en el seguiment haurem de tornar a avaluar les variables que havíem avaluat a l'inici de la teràpia utilitzant les mateixes mesures i tractant de millorar els resultats.

1.2. Importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut per a la recerca

A banda del que hem comentat fins al moment respecte a la importància de l'avaluació per a la pràctica clínica, aquesta també és essencial per a la recerca en l'àmbit de la psicologia clínica i de la salut, els objectius de la qual són molt diversos, però en destaquem: l'avaluació de propietats psicomètriques d'instruments d'avaluació, l'avaluació de l'eficàcia i efectivitat de tractaments psicològics, l'avaluació de factors relacionats amb determinades condicions i de models conceptuals que intenten explicar l'etiopatogènesi.

En el primer cas, la investigació de les propietats psicomètriques d'instruments d'avaluació, la recerca actua com a base de l'avaluació psicològica i proporciona instruments vàlids i fiables per dur-la a terme. És a dir, la recerca és fonamental ja que, tal com dèiem abans, a l'hora de seleccionar un instrument hem de tenir en compte les propietats psicomètriques de què disposa.

En el segon cas, la recerca amb referència a l'avaluació de l'eficàcia i efectivitat de tractaments psicològics, l'avaluació és un dels pilars bàsics. D'una banda, s'han d'avaluar les variables "estranyes" que poden afectar els resultats del tractament. D'altra banda, s'ha d'avaluar el resultat del tractament que s'està provant. En els dos vessants és essencial utilitzar instruments adequats per a fer una valoració adequada.

Per acabar, dèiem que també és essencial l'avaluació en la recerca respecte als factors relacionats amb una determinada condició i l'avaluació de models conceptuals explicatius. Per exemple, en l'àmbit del dolor crònic s'evidencia que factors cognitius com els pensaments catastròfics permeten predir quins subjectes desenvoluparan un quadre de dolor crònic amb alts nivells de discapacitat. Per tant, podem considerar que els pensaments catastròfics respecte al dolor són un factor relacionat amb una probabilitat més gran que el dolor es

El BDI i el PDI

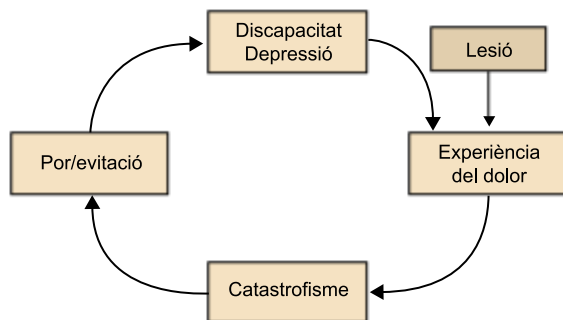
El BDI (*beck depression inventory*) és el qüestionari creat per Beck per a l'avaluació del nivell de depressió. Consta de 21 apartats cadascun dels quals recullen quatre frases. El subjecte ha d'indicar quina frase correspon millor al seu estat d'ànim. En el mòdul "Avaluació i intervenció en problemes de depressió, ansietat i desordres de la personalitat" trobareu més informació d'aquest qüestionari.

El PDI, al seu torn, és un instrument molt breu que permet avaluar de manera ràpida i fiable el nivell de discapacitat dels pacients amb dolor crònic. En concret, està format per set ítems en què els pacients han d'avaluar en una escala de 0 (gens discapacitat) a 10 (discapacitat total) com els afecta el dolor en els àmbits següents: família, activitats de lleure, activitats socials, ocupació, conducta sexual, cura d'un mateix i activitats essencials per a la vida.

Vegeu també

Per a més informació, vegeu l'apartat "Selecció d'instruments d'avaluació" en el mòdul 2.

cronifiqui i produeixi discapacitat. A partir del catastrofisme s'ha presentat un model explicatiu, el model de la por-evitació (Vlaeyen, Koke-Snijders, Boeren i Van Eek, 1995), segons el qual les persones que tenen un nivell més alt de pensaments catastròfics tenen més tendència a evitar les activitats que creuen que els poden provocar dolor. Aquesta situació crea un cercle viciós que explica la cronificació del dolor, tal com es pot veure en el gràfic següent:



Tant si es tracta de determinar si un factor està relacionat amb una condició determinada com si es tracta de determinar i construir models teòrics, l'avaluació és un procés fonamental.

La importància de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut resideix en els aspectes següents:

- És essencial per a conèixer la persona i els problemes que té, dissenyar un tractament i avaluar-ne l'efectivitat.
- És un procés, en la majoria d'ocasions, que no es pot separar del d'intervenció.
- Per tal d'assolir correctament els objectius de l'avaluació, els instruments han de ser vàlids, fiables i adaptats a la persona.
- És essencial en la recerca per a avaluar propietats psicomètriques d'instruments, avaluar l'efectivitat dels tractaments i avaluar factors i models.

2. El procés d'avaluació: aspectes pràctics

Seguint el treball de Fernández-Ballesteros (2003) es poden diferenciar 4 fases en el procés d'avaluació: 1) primera recollida d'informació; 2) formulació d'hipòtesis; 3) contrastació d'hipòtesis; i 4) comunicació de resultats. Si l'objectiu és la intervenció, un cop dutes a terme les fases anteriors s'ha de dissenyar i aplicar el tractament i intervenció. Com que el procés d'avaluació ja ha estat tractat en l'assignatura d'*Avaluació psicològica*, aquí no us presentem informació detallada d'aquestes fases.

En aquest apartat només remarcarem alguns aspectes pràctics que considerem molt importants en el procés d'avaluació. En concret, parlem del primer contacte amb el pacient, la identificació dels problemes i l'anàlisi funcional. També parlem dels factors relacionats amb l'abandonament, ja que és un aspecte clau que s'ha de tenir present en el procés d'avaluació perquè l'avaluació és el primer pas en un procés d'intervenció i els primers moments tenen una gran importància. En tot cas, aquesta informació és un complement del que s'ha treballat en l'assignatura d'*Avaluació psicològica*.

2.1. El primer contacte amb el pacient

El primer contacte comença en moltes ocasions quan el pacient truca per demanar visita. En aquest moment, és habitual que es registri informació bàsica del pacient com: 1) nom, edat i sexe; 2) adreça i tipus de feina; 3) motiu de la consulta; 4) factors relacionats amb el motiu de la consulta (bàsicament durada i intensitat); i 5) professional que l'ha derivat.

Aquesta informació pot ser molt útil per a fer una primera aproximació al cas i decidir si el podem tractar o no. Per exemple, ens pot trucar un pare per explicar-nos els problemes de control d'esfínters que té el seu fill i com que estem especialitzats en el tractament amb adults no tenim experiència en el tractament d'aquesta problemàtica. Per tant, la informació inicial és molt útil per a derivar el cas a un professional que tingui l'especialització i els coneixements adequats. Malgrat això, no sempre és tan clar el motiu de consulta del pacient i moltes vegades cal una primera entrevista per a poder valorar la derivació o no del cas. A més, en algunes ocasions el motiu inicial de la consulta no es correspon amb el problema principal del pacient.

Tenint presents aquestes limitacions (no sempre el problema es pot delimitar a partir del contacte telefònic i no sempre el problema presentat en aquest contacte és el problema més rellevant del pacient), la informació preliminar obtinguda a partir del contacte telefònic ens pot ajudar també a valorar la gravetat del problema. D'aquesta manera, si detectem un pacient que presenta un problema que valorem que és molt greu podrem tractar d'atendre'l en el

Lectura recomanada

Reviseu els continguts del mòdul 2 de l'assignatura *Avaluació psicològica*. També podeu consultar les guies per al procés d'avaluació:

R. Fernández Ballesteros *et al.* (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 23, 58-70.

període més breu possible. En disposar també d'informació relativa a qui ha derivat el cas, ens podem posar en contacte amb altres professionals que hagin treballat amb el pacient.

Disposar d'aquesta informació bàsica ens pot ajudar també a preparar els instruments que utilitzarem per a l'avaluació i començar a plantejar quin pot ser el millor tractament per al pacient. Tota aquesta informació i preparació prèvia és molt important, sobretot quan es comença a exercir, ja que permet anticipar, en certa manera, el que succeirà en la sessió.

Posteriorment, un cop programada la visita, quan el pacient arriba a la consulta, comença un dels moments més importants de tot el procés. De fet, si no aconseguim establir una bona relació terapèutica amb el pacient en els primers moments, és probable que no torni. Aquesta és una situació perjudicial per a nosaltres com a professionals, ja que perdem un client, però també per a la persona, ja que perd la possibilitat de rebre una avaluació i un tractament adequats.

En la primera visita, el pacient s'ha de sentir acollit, ha de sentir que l'entendem i que volem i el podem ajudar. També aquesta primera visita és el moment per a:

1) Explicar al pacient que tot el que ens comentarà és confidencial i els límits d'aquesta confidencialitat.

2) Explicar quina és la nostra manera de funcionar i com es desenvoluparà el procés d'avaluació i intervenció. Tot i que en el contacte telefònic potser ja hem donat informació respecte de la durada i tipus de sessions, ampliarem aquesta informació de manera detallada i explicarem el nostre funcionament. D'aquesta manera, el pacient pot preveure com succeiran les diferents fases del procés d'intervenció.

En aquest primer contacte és també molt important aclarir al pacient idees distorsionades que pot tenir en relació amb el nostre rol o el fet de venir a la consulta. En efecte, els pacients quan arriben a la consulta probablement han buscat informació de múltiples fonts (personal sanitari, amics, familiars, publicitat...). Tota aquesta informació potser els ha creat una idea del que és anar al psicòleg i el que aconseguiran. Els pacients no faran avaluacions i tractaments (o no s'implicaran prou) si no construïm un marc de referència comú i n'ajustem les expectatives.

Aquest procés de conceptualització inicial és particularment important quan el problema del pacient és un problema de salut. En efecte, si per exemple, treballem en una unitat de tractament del dolor amb un equip multidisciplinari, un pacient amb mal d'esquena pot tenir dificultats per a entendre per què és necessari fer una avaluació psicològica, ja que el problema que té és el

dolor d'esquena. En aquests casos, hem d'explicar i argumentar detalladament el nostre model de treball multidisciplinari i per què és necessària la nostra participació en el procés d'avaluació i tractament.

2.2. Identificació i especificació dels problemes

Un cop hem fet el primer contacte que com hem comentat és crucial, ens endinsem plenament en l'avaluació. En un primer moment, es tracta de **definir i operacionalitzar els problemes**. En avaluació psicològica és freqüent la definició i operacionalització dels problemes en un triple sistema de resposta.

- Sistema motor: és la part directament observable. Exemples del sistema de resposta motor són l'evitació i el quequeig, entre d'altres.
- Resposta psicofisiològica: és l'activitat psicofisiològica, com la suor i la resposta cardíaca.
- Resposta cognitiva: són els pensaments i sentiments que té la persona.

Un exemple de definició operacional, per mitjà del triple sistema de resposta, és: en un cas de fòbia a les aranyes, la resposta motora pot ser evitar sortir al carrer. La resposta psicofisiològica pot ser la sudoració, tremolor... en veure una aranya. La resposta cognitiva pot ser: "L'aranya m'atacarà", " Si veig una aranya no ho podré suportar".

Hem de tenir present que no en tots els problemes es poden diferenciar els tres sistemes de resposta. És a dir, hi ha problemes que només es manifestaran en un o dos dels sistemes de resposta.

Un cop identificats els principals problemes dels pacients, i sobre la base del triple sistema de resposta, ens interessa també conèixer i delimitar les variables potencialment relacionades amb el problema (ambientals, personals i biològiques). També hem de recollir informació de l'origen i evolució dels problemes.

Aquesta primera recollida d'informació dels problemes s'acostuma a fer amb l'entrevista clínica. És una tècnica molt útil per a la identificació dels problemes i és, a més, l'eix vertebrador de l'avaluació psicològica. De manera complementària a l'entrevista, de vegades podem utilitzar altres instruments que ens podem ajudar a identificar i delimitar els problemes, com els qüestionaris, els autoregistres o les entrevistes amb persones significatives.

Lectura complementària

En la següent obra trobareu una explicació detallada del triple sistema de resposta:
R. Fernández-Ballesteros (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Vegeu també

És convenient revisar els materials de l'assignatura *Avaluació psicològica* per a obtenir informació detallada respecte als diferents mètodes d'avaluació.

Els qüestionaris poden ser utilitzats abans de fer l'entrevista per a obtenir una primera informació dels problemes dels pacients (en aquest cas són qüestionaris generals com l'SCL-90-R). No obstant això, aquesta situació no és freqüent, és més habitual començar amb l'entrevista i identificar, encara que sigui de manera difusa, els problemes del pacient. Posteriorment, podem utilitzar qüestionaris específics per a identificar de manera més acurada els problemes del pacient. En aquest sentit, els qüestionaris són una ajuda a la tasca realitzada amb l'entrevista.

Quan s'utilitzen qüestionaris després de l'entrevista, hem d'utilitzar els que avaluen específicament el problema que hem identificat. També és convenient la utilització de **qüestionaris addicionals** que permetin comprovar que el problema que hem identificat és el que realment té el pacient i no un altre.

Qüestionaris addicionals

Si a partir de l'entrevista hem detectat que potser el nostre pacient pateix una depressió, és convenient utilitzar qüestionaris dissenyats per a aquest tipus de problemes, però també qüestionaris per avaluar altres problemes com l'ansietat.

Per a l'identificació dels problemes, també poden ser útils els autoregistres, els quals es poden utilitzar, entre d'altres, per a identificar el problema, determinar-ne la freqüència d'aparició, els antecedents i les conseqüències. No obstant això, pot ser difícil que el pacient els completi en les primeres fases de l'avaluació. Per aquest motiu, és molt rellevant explicar-li la necessitat de completar-los i com fer-ho.

Les entrevistes amb persones significatives per al pacient també poden ser de molta utilitat per a la delimitació dels problemes dels pacients. A més, aquestes entrevistes poden ser útils per a implicar des d'un principi les persones significatives en el procés d'avaluació i d'intervenció. La informació que ens proporcionin les persones significatives ens pot ajudar a confirmar els problemes identificats, valorar-ne la gravetat i detectar-ne de nous.

Finalment, amb les diverses tècniques utilitzades, es tracta d'operacionalitzar la definició del problema del pacient, cosa que implica especificar-lo molt: en quina mesura succeeix, quines manifestacions es produeixen en el triple sistema de resposta, en quines situacions es dona i què succeeix abans i després.

Lectura recomanada

Pel que fa a les tècniques d'avaluació psicològica, també és molt interessant, com a lectura complementària, el llibre següent:

M. Muñoz (2003). *Manual práctico de Evaluación psicológica clínica*. Editorial Síntesis.

2.3. Anàlisi funcional

Un cop recollits els problemes dels pacients, les variables que els afecten i les característiques d'aquests a partir de diferents processos d'avaluació, és el moment d'establir hipòtesis explicatives que han de poder ser contrastades. Per tal d'establir-les, és essencial haver recollit informació vàlida i fiable dels problemes i disposar de coneixements amplis del camp de la psicologia que permetin interpretar la informació.

L'establiment d'hipòtesis respecte de les relacions entre diferents variables s'anomena també *anàlisi funcional*. Amb aquesta anàlisi s'intenten establir les relacions funcionals entre diverses variables amb l'objectiu de delimitar les variables sobre les que posteriorment s'haurà d'intervenir.

Les relacions funcionals es caracteritzen perquè la presència, la intensitat o la duració d'una variable ha de covariar amb la d'altra variable. Per tant, sota aquest punt de vista, que hi hagi una relació funcional entre dos variables implica que tenen una proporció de variància comuna, per exemple, quan una augmenta en intensitat l'altre també ho fa.

Per tant, les relacions funcionals es donen per la concordança de dues variables. Si es compleixen determinades condicions, podem dir que la relació funcional és, a més, una relació causal.

- Hi ha d'haver una covariància entre les dues variables (és a dir, hi ha una relació funcional).
- La connexió entre les dues variables no s'ha de poder explicar per la presència d'una tercera.
- Hi ha d'haver una connexió lògica entre les dues variables.

Un client ens explica que està molt deprimat. Fem una avaluació i veiem que realment ho està i que ho està des que la seva dona el va deixar ara fa un mes. Per tant, hi ha una covariància entre el fet que la dona marxi i la depressió que permet establir una relació funcional entre les dues variables. Aquesta relació és causal en el cas que no hi hagi cap altra variable que moduli la relació.

Segons el punt de vista de Haynes, les relacions causals són les més importants per a explicar els problemes i dissenyar tractaments efectius.

També hem de tenir present que les relacions funcionals tenen unes condicions (Haynes, 1998).

- Les relacions funcionals són hipotètiques: poden estar basades en múltiples fonts d'informació però són derivades subjectivament. És a dir, el psicòleg recull correctament les dades de diferents fonts d'informació però

Lectura recomanada

Recomanem per a l'estudi d'aquest apartat la lectura de dos articles del grup de Haynes als quals podeu accedir a través de la biblioteca virtual:

S. Haynes (1998). The assessment-Treatment relationship and Functional Analysis in Behavior Therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 26-35.

J. Virués-Ortega i S. Haynes (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.

després estableix unes hipòtesis subjectives a partir dels seus coneixements. Aquestes hipòtesis posteriorment es confirmen o es descarten amb els nous *inputs* que se n'obtenen (per exemple, els resultats dels tractaments i la nova informació).

- Les relacions funcionals són dinàmiques: les relacions són vàlides en un moment determinat però poden variar al llarg del temps.
- Les relacions són més probabilístiques que determinístiques: una anàlisi de les relacions funcionals no pot recollir tota la realitat del problema del pacient. És a dir, no podem conèixer tots els elements que estan relacionats funcionalment amb el problema del pacient.
- Les relacions són ideogràfiques: una relació funcional que és vàlida per a un pacient pot no ser-ho per a un altre que presenta una problemàtica similar.
- Les relacions són condicionals: poden ser vàlides en determinades condicions però no en unes altres.
- Les relacions poden ser tant unidireccionals com bidireccionals.
- Les relacions funcionals poden ser presentades en diferents nivells d'especificació: un nivell més molar pot ser adequat per a les primeres fases del tractament o de l'avaluació, mentre que un nivell més molecular pot ser més positiu per a definir els elements específics del tractament.
- Les relacions funcionals poden variar en intensitat: no tots els factors relacionats amb un problema ho fan en la mateixa intensitat.
- Les relacions funcionals poden estar modulades per variables moduladores (que afecten la intensitat de la relació entre dues variables) o per variables mediadores (que expliquen totalment la relació entre dues variables).

A partir de la informació recollida en l'avaluació i un cop establertes totes les relacions funcionals, cal organitzar totes les relacions trobades. És per això que es proposa fer una formulació clínica del cas que incloguin totes les relacions funcionals establertes i es relacioni tota la informació.

Per tal de formular el cas, s'han proposat diversos models en la literatura (vegeu Muñoz, 2003 per a una revisió). Fins al moment, no hi ha cap evidència científica de quin és més vàlid, possiblement ho són tots, ja que tots proposen maneres diferents d'organitzar i representar la informació. El més important és

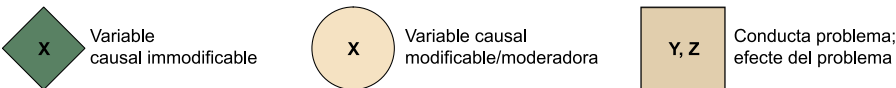
que les hipòtesis i les relacions entre aquestes, estiguin ben establertes i siguin contrastables. A més, la formulació del cas ha de permetre explicar el curs, el manteniment i el pronòstic del cas.

Nosaltres presentem a continuació el model de formulació clínica anomenat *functional analytic causal model* (FACM) proposat pel grup de Haynes a títol d'exemple. Aquest model serveix per a sistematitzar, integrar i quantificar l'anàlisi funcional. A més, pot ser de gran utilitat per a discutir el cas amb altres professionals i amb el pacient. En el quadre següent presentem una simplificació dels elements gràfics que permeten representar les hipòtesis, les característiques i relacions d'aquestes segons el FACM:

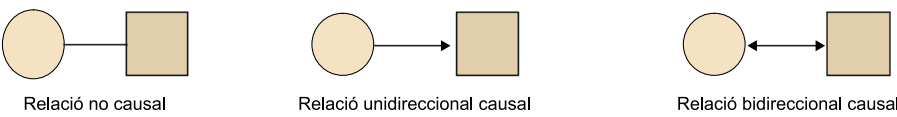
Importància/modificabilitat de les variables (utilitzant l'amplada de les variables i els coeficients):



Símbols:

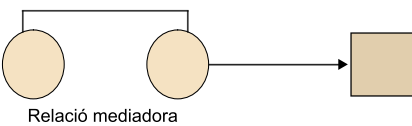
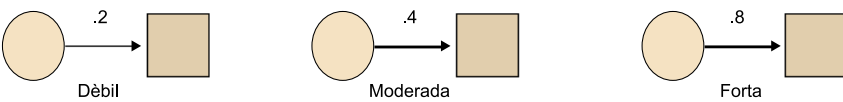


Tipus i direcció entre les variables:



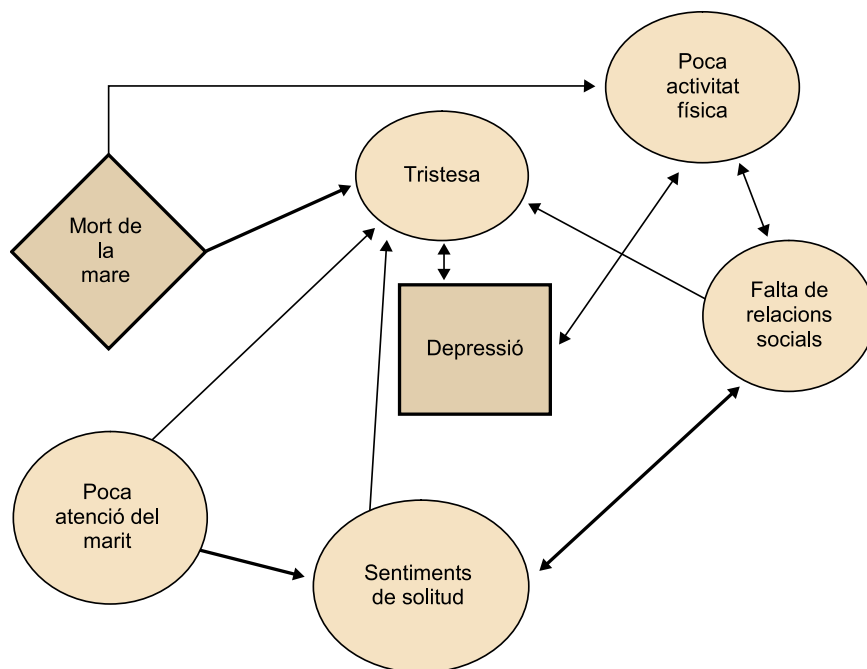
Força de la relació entre variables:

Indicada pel grau d'espessor de la fletxa; més precís amb coeficients.



Els coeficients indiquen la proporció de variància entre les variables

A partir de les premisses presentades en el quadre anterior sobre la importància i la modificabilitat de les variables, us presentem el gràfic d'un cas clínic:



Aquest exemple correspon a una dona que acudeix a la consulta perquè pateix un trastorn depressiu. Fa tres anys va morir la seva mare i, segons ella, va caure en un estat de tristesa constant i sense ganes de fer res.

Diu que no té fills i el marit no la comprèn, no l'entén i sempre està fora de casa. Diu que se sent sola, que no té amigues i que es queda tot el dia a casa estirada al llit.

Si mirem l'anàlisi que hem fet, veiem les hipòtesis següents:

- La mort de la mare fa que la dona presenti tristesa i poca activitat.
- La tristesa i la poca activitat física i social fan que la dona presenti depressió.
- La falta d'activitats socials fa que tingui sentiments de solitud i a la inversa.
- Els sentiments de solitud la fan sentir trista.
- La poca atenció del marit fa que es senti sola i trista.
- La poca activitat física fa que no tingui relacions socials i a la inversa.

2.4. Elements relacionats amb una probabilitat més gran d'abandonament de l'avaluació i la intervenció

Els abandonaments abans que acabi l'avaluació i el tractament són molt freqüents. Per exemple, Reis i Brown (1999) comenten, a partir de la revisió de diversos estudis, que entre un 20% i un 57% dels pacients només van a una o dues sessions. En canvi, els abandonaments disminueixen a partir de la tercera visita. És com si els pacients decideixin si continuen o no la teràpia en les primeres visites.

Els elements relacionats amb més probabilitat d'abandonament prematur han rebut força atenció en la literatura tot i que els resultats no són sempre congruents (vegeu, per exemple, Edlund *et al.*, 2002; Reis i Brown, 2006; Wierzbicki

i Perarik, 1993). Conèixer aquests elements és essencial per a engegar, ja des dels inicis del contacte amb el pacient, els mitjans oportuns dirigits a evitar que l'abandonament prematur es produeixi.

A continuació assenyalarem, de manera molt resumida, alguns factors que han rebut atenció i pot ser important tenir-los en compte per a evitar que els pacients abandonin el procés:

a) Expectatives dels pacients. Els pacients tenen unes expectatives de com ha de ser i quant ha de durar el procés. Les diferències entre les expectatives dels pacients i dels terapeutes sobre la duració del tractament i les característiques del procés poden fer que els pacients deixin de venir a la consulta. Així, els pacients poden abandonar el procés en un moment consistent a les expectatives quant a la durada (poden abandonar quan considerin que s'ha acabat el tractament) o si el que es fa no s'ajusta a la idea prèvia que tenien respecte a com havia de ser el procés. És per aquest motiu que és essencial explicar al pacient des de bon començament quina és la nostra manera de procedir per tal d'ajustar-ne les expectatives. També és important informar-lo durant tot el procés de l'evolució i del que succeirà perquè ho pugui anticipar.

b) Conceptualització del problema. També és important la conceptualització del problema que tenen pacient i terapeuta. Quan aquesta és congruent entre tots dos, és més probable que el pacient no abandoni prematurament. Per aquest motiu, és important fer una construcció conjunta dels problemes del pacient consensuada per les dues parts.

c) Aliança de treball. Establir una bona aliança de treball és essencial perquè el pacient no abandoni prematurament. En aquest sentit, són molt importants els elements interns del terapeuta que més endavant revisem. També, però, és molt important tenir en compte les variables del pacient i com percep la relació terapèutica.

d) Satisfacció. El grau de satisfacció del pacient amb el tracte rebut, l'evolució de l'avaluació, el tractament i els resultats obtinguts està relacionat també amb els abandonaments. En aquest sentit, és important conèixer les expectatives dels pacients (què esperen aconseguir), els tractaments previs rebuts i la satisfacció amb aquests.

e) Durada del tractament. Independentment de les expectatives dels pacients, sembla que el seguiment és millor quan és breu (tant l'avaluació com el tractament) i/o està predefinit.

f) Nombre de dies fins a la primera visita. Tot i que l'evidència no és del tot concloent en aquest sentit, sembla que hi ha una relació positiva entre els dies que passen des que el pacient demana visita i l'atenem, i el nombre d'abandonaments.

g) Nivell socioeconòmic. Evidentment, variables com el sou influeixen en l'abandonament; són les persones amb menys recursos econòmics les que abandonen més. El mateix succeeix amb el nivell educatiu.

h) Edat i sexe. Sembla també que els abandonaments són més freqüents entre els joves i les dones. No obstant això, l'evidència d'aquestes variables no és consistent als estudis disponibles.

i) Motivació del pacient. Els pacients amb graus alts de motivació per al canvi i que acudeixen a la consulta per iniciativa pròpia és menys probable que abandonin prematurament.

j) Característiques de personalitat dels pacients. Aquells pacients més oberts als tractaments psicològics tenen menys probabilitats d'abandonar prematurament.

L'abandonament per part del pacient: una reflexió

Com hem comentat, els abandonaments són molt freqüents en l'avaluació i el tractament. Tenint present aquest fet, no ens hem de culpabilitzar i sentir-nos fracassats quan els nostres pacients abandonin prematurament el procés. El que cal és revisar, de la manera més objectiva possible, la nostra actuació. A partir d'aquesta revisió, hem d'extreure informació que ens ajudi a millorar la nostra actuació amb pacients futurs.

Amb tot això, és important, per tal d'evitar els abandonaments, establir una bona relació terapèutica i fer entendre al pacient una sèrie d'aspectes a l'inici de la consulta, com ara les característiques generals del procés d'avaluació i intervenció, la nostra manera de treballar, descriure el comportament típic del pacient i el terapeuta i la descripció de fenòmens que poden sorgir durant la teràpia (per exemple, tenir sentiments negatius cap al terapeuta) i què fer en aquestes situacions.

El procés d'avaluació: aspectes pràctics

- El contacte inicial és un dels moments més importants per al procés d'avaluació i intervenció.
- El pacient ha d'estar informat de com es desenvoluparà tot el procés d'avaluació i intervenció.
- Cal saber quines expectatives té el pacient de la nostra feina i del que vol aconseguir.
- Hem de definir i operacionalitzar els problemes (sistema motor, resposta psicofisiològica i resposta cognitiva).
- Hem de conèixer i delimitar les variables que es relacionen amb el problema.
- L'entrevista és la tècnica més eficaç per a la recollida d'informació.
- Un cop tenim la informació, hem de formular hipòtesis explicatives i establir l'anàlisi funcional.
- La taxa d'abandonaments abans de la tercera visita és freqüent.

3. Continguts bàsics de l'avaluació

En l'apartat "L'entrevista, els sistemes de classificació i els instruments diagnòstics generals" comentarem amb detall quins aspectes s'han de recollir al llarg de l'entrevista. També, en els mòduls "L'avaluació en psicologia clínica" i "L'avaluació en psicologia de la salut", parlem de variables que s'han d'avaluar en diversos problemes concrets.

No obstant això, en aquest apartat volem emfasitzar la necessitat que l'avaluació es faci considerant múltiples nivells i unitats d'anàlisi. En efecte, per a fer una avaluació adequada que ens permeti conèixer la persona i dissenyar un tractament adequat, hem d'analitzar diferents unitats.

Una primera unitat, evidentment fonamental, fa referència a la **persona**. Dins d'aquesta, hem de considerar totes les facetes de la persona i característiques que ens permetin conèixer-la i detectar-ne els problemes. Entre les múltiples variables de la persona que ens poden interessar, segons el cas, podem destacar: la personalitat, els estils de pensament, els patrons conductuals, les reaccions emocionals, les estratègies d'afrontament que utilitza, els recursos de què disposa per a fer front a la situació, els factors de risc o predisposició, la motivació, el nivell de desenvolupament personal, la història, el rendiment cognitiu i les característiques sociodemogràfiques. Aquesta no és una llista exhaustiva de les variables que hem d'avaluar sempre, ja que depèn del cas, però sí considerem que són variables que cal tenir presents.

Una segona unitat d'anàlisi és la referent a l'**entorn més proper de la persona**. Aquesta unitat sol correspondre a la parella, en el cas dels adults, o a la relació amb els pares, en el cas dels nens, tot i que pot ser una altra persona significativa. Aquesta segona unitat fa referència a les variables de les persones més significatives i properes per al pacient, i també la relació que s'estableix entre aquestes. Algunes variables importants a destacar són: com reacciona la persona o persones més significatives als problemes del pacient (què fan, què pensen i què senten davant del problema de la persona), de quines estratègies disposen per a ajudar la persona i com són (què fan, què pensen i què senten).

A partir d'aquesta segona unitat d'anàlisi, podem ampliar a altres nivells cada vegada més amplis. Per exemple, depenent del cas, una tercera unitat d'anàlisi podria ser la persona en el seu entorn social (els amics, la família, els companys de feina...). Es tracta d'analitzar en aquest cas variables semblants a les assenyalades en la segona unitat d'anàlisi.

Hem d'analitzar, per tant, les diferents unitats en què la persona resta immersa i n'és partícip, i com aquestes afecten el seu problema. Es pot començar per la unitat més reduïda però s'ha d'ampliar fins a arribar a la societat com a unitat, ja que la reacció d'aquesta respecte el problema pot ser important.

Finalment, no solament és important analitzar les unitats rellevants per al pacient, sinó que també és fonamental estudiar els contextos importants per a la persona, com ara l'escola o la feina.

4. Aspectes ètics de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut

Com en tota actuació des de la psicologia clínica i de la salut, en l'avaluació, els aspectes ètics són fonamentals. Molts dels aspectes relacionats amb l'ètica ja els heu tractat en l'assignatura *Ètica de la intervenció professional*. Tot seguit remarcarem els aspectes ètics que poden ser més rellevants per al procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut. En aquest sentit, en l'avaluació és essencial tenir en consideració la confidencialitat, ja que és fonamental perquè els pacients confiïn en nosaltres. També cal considerar els aspectes ètics que remarquen els codis deontològics pel que fa a la nostra actuació en el procés d'avaluació. Per aquest motiu, us presentem, en primer lloc, els articles dels **codis deontològics** disponibles que fan referència a la confidencialitat i l'actuació del psicòleg en el procés d'avaluació. En segon lloc, parlarem una mica més de la confidencialitat, tot posant l'èmfasi en com transmetre-la als pacients. Per acabar, us proporcionarem models que ens poden ajudar a prendre decisions davant dilemes ètics que ens podem trobar.

4.1. Aspectes del codi deontològic rellevants per al procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut

Tant en el codi deontològic dels psicòlegs com en el codi destinat específicament als processos d'avaluació, hi ha diferents articles que són importants a l'hora de regular-ne la confidencialitat. A continuació, en recollim els punts més importants i assenyalarem els articles en què es tracten. Utilitzarem les sigles *CD* per a referir-nos al codi deontològic i les sigles *CPA* per a al·ludir al codi elaborat específicament per als processos d'avaluació. Entre els punts més importants, podem destacar:

- Només s'ha de demanar la informació estrictament necessària, que s'ha de sotmetre a secret professional (article 39 i 40 del CD). La informació obtinguda no es pot utilitzar en benefici propi o de tercers (article 11 del CD). Aquests punts s'han de tenir molt presents, ja que si no els respectem i demanem informació excessiva i irrellevant al pacient, aquest pot arribar a pensar que som uns tafaners. En aquest sentit, també és important argumentar al pacient la necessitat d'obtenir més informació quan calgui.
- L'interessat, els pares i/o tutors tenen dret a ser informats dels resultats de l'avaluació (article 42 del CD i article 9 del CPA). Només poden ser informats dels resultats de l'avaluació terceres persones en cas que el pacient ho autoritzi (article 41 del CD).

Enllaços recomanats

Podem consultar el codi deontològic del psicòleg en l'enllaç següent:<http://www.cop.es/cop/codigo.txt>
Al seu torn, hi ha també un altre codi, elaborat específicament per als processos d'avaluació, disponible en línia:<http://www.cop.es/vernumero.asp?id=33>

- Els noms o dades que permetin identificar els pacients, no s'han d'utilitzar ni en presentacions ni en bases de dades (article 45 del CD). Aquest és un punt molt important i n'hem de tenir molta cura. Encara que ens sembli que, en un context determinat, ningú no coneix el pacient que estem tractant, mai no hem de proporcionar dades que, juntament amb la patologia, puguin fer identificable la persona.
- Els registres (com ara enregistraments o notes) han de ser conservats de manera que assegurin el secret professional (article 46 del CD).
- El pacient ha d'autoritzar la presència de terceres persones com alumnes en pràctiques en l'avaluació (article 47 del CD). Tots ens hem trobat en una situació d'entrenament i hem volgut assistir a les sessions amb pacients. Ara bé, hem de respectar l'opció del pacient si no accedeix que hi hagi una tercera persona.

Malgrat les condicions esmentades, el secret professional es podrà trencar sempre que el pacient ens expliqui alguna cosa que vulnera la llei (article 8 del CD).

A banda de la confidencialitat, aquests dos codis també presenten articles que són molt importants en la regulació de l'exercici de l'avaluació. Podem destacar:

- S'ha de tenir molta cura en l'ús d'etiquetes que puguin ser devaluadores (article 12 CD).
- El psicòleg ha d'estar preparat i entrenat per a utilitzar els mètodes d'avaluació i reconèixer-ne els límits. A més, cal que s'actualitzi (article 17 CD, article 3.a, b i c CPA).
- Els mètodes que s'utilitzin han d'estar àmpliament contrastats (article 18 CD i article 2a CPA) i no han d'estar obsolets (article 7.a i b CPA). Això implica seguir les investigacions i avenços en l'àmbit per a conèixer les proves que tenen més suport.
- En relació amb aquest punt, les avaluacions que es facin es basaran en la informació obtinguda amb tècniques que permetin fonamentar-ne les conclusions (article 1.b CPA).
- Els materials psicològics han de ser utilitzats exclusivament per psicòlegs (article 19 CP i article 6 CPA). De la mateixa manera, el psicòleg ha de vetllar per les interpretacions que es facin de la informació obtinguda i no ha de facilitar les puntuacions ni els resultats obtinguts en l'avaluació a persones no qualificades (article 2.b CPA).

- Els psicòlegs només han de fer avaluacions psicològiques en el context d'una relació professional (article 1.a CPA).

Reflexió

L'article 12 del codi deontològic ens alerta de les implicacions que poden tenir l'ús d'etiquetes diagnòstiques. Aquestes poden ser útils en determinades situacions i per a determinades finalitats, tot i que en unes altres circumstàncies poden tenir efectes molt negatius. Reflexioneu sobre aquest tema i comenteu la vostra opinió als companys de l'aula.

L'European Federation of Psychologists Associations també ha proposat un codi deontològic que reflecteix els aspectes esmentats. No obstant això, hi ha qüestions que aquesta associació assenyala i que no queden massa clares en els documents anteriors, tot i que són ben importants per a l'avaluació en psicologia clínica i de la salut. Les indiquem tot seguit.

- En relació amb la **confidencialitat**:
 - El psicòleg té el deure de fer entendre als pacients i a altres persones amb qui té una relació professional les limitacions de la confidencialitat. Això implica que haurem d'explicitar als pacients les situacions en què la informació que ens doni pot deixar de ser confidencial.
 - El psicòleg té el deure de proporcionar únicament la informació rellevant quan aquesta sigui requerida pel sistema legal.
 - El psicòleg ha de reconèixer el dret que tenen els pacients a accedir als seus informes i resultats d'avaluació.
- En relació amb les **competències**:
 - El psicòleg ha de conèixer els principis ètics de la professió i els ha de transmetre adequadament als pacients.
 - El psicòleg ha de treballar dintre dels seus límits, segons l'experiència i formació que tingui. Això implica que hem de ser conscients de quina tipologia de pacients som capaços d'avaluar i tractar.
 - El psicòleg ha de deixar d'exercir quan l'habilitat o el judici es puguin veure compromesos, encara que sigui de manera temporal. Això implica ser conscients de la nostra situació personal i capaços de deixar d'exercir quan calgui.

Tant en aquest codi com en els dos comentats prèviament, hi han altres elements que són importants per a la professió. Per aquest motiu us recomanem que els reviseu detingudament.

Enllaç recomanat

Podeu consultar el codi de l'European Federation of Psychologists Associations en la pàgina web:
<http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes>

Hem revisat de manera breu els articles més relacionats amb el procés d'avaluació i hem vist la importància de reconèixer els propis límits i d'estar formats en les tècniques i procediments que utilitzem. És molt important tenir-ho en compte i actuar-hi en conseqüència. Com a estudiants de Psicologia, segurament us trobareu en situacions en què us demanaran ajuda directament o indirectament (per a una altra persona). És molt important que en aquestes situacions sigueu prudents i actueu èticament. Recordeu que el més recomanable en aquestes situacions és demanar consell a algun professional que conegueu, preguntant-li on pot acudir el vostre conegut. Mai serà adequat, per senzill que sembli el problema, que intenteu fer una avaluació o intervenció.

Activitat

En aquest apartat hem destacat els punts de diferents codis deontològics que són rellevants en el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut. És recomanable que reviseu cadascun dels codis atentament. Un cop analitzats, quines dificultats veieu en l'aplicació pràctica d'aquests criteris?

4.2. La confidencialitat

En el procés d'avaluació, és essencial transmetre als pacients la confidencialitat i els límits d'aquesta. Només d'aquesta manera podran confiar en nosaltres i decidir lliurement què ens explicaran.

Per tal d'explicitar la confidencialitat de manera ètica als pacients i actuar de manera correcta, s'han proposat alguns models que intenten establir regles i pautes d'actuació. Un model publicat recentment i que considerem d'utilitat és el de Fisher (2008). Aquest ha estat formulat a partir dels principis ètics de l'APA i consta de les fases següents:

1) Preparació. Aquesta és una fase prèvia que implica una responsabilitat per la nostra part, ja que hem d'estar al cas dels drets dels clients i de les nostres responsabilitats. També hem de conèixer i reflexionar sobre els límits de la confidencialitat, pensar en col·legues o persones que ens podran ajudar en cas que ens trobem amb dilemes ètics o legals, crear consentiments informats que realment representin la nostra manera de funcionar pel que fa als límits de la confidencialitat, preparar-nos per discutir la confidencialitat i els límits i formar, en aquestes qüestions ètiques, les persones que treballin amb nosaltres.

2) Presentar al pacient la confidencialitat i els límits d'aquesta. Un cop tenim clars els conceptes i límits relacionats amb la confidencialitat, es tracta d'explicitar-los als pacients. Per tant, en aquesta fase hem d'explicar als pacients en què consisteix la confidencialitat i els seus límits, expressar qualsevol situació que pugui afectar els límits de la confidencialitat i obtenir el consentiment informat dels pacients. Aquesta comunicació s'hauria de donar en els moments inicials, abans que els pacients ens hagin donat informació sensible.

A més, aquesta informació s'ha de facilitar en un llenguatge senzill per als pacients, perquè ho puguin entendre, i s'ha de repetir tantes vegades com calgui durant el procés.

3) Obtenció del consentiment informat per a facilitar la informació a tercers. En aquest sentit, hem de respectar inicialment la premissa següent: no hem de proporcionar informació a tercers si el pacient no ho autoritza, a no ser que sigui inevitable per raons legals. També hem d'informar si tenim previst comentar el cas amb els nostres supervisors. En aquest punt, hem de recordar que, per facilitar informació del pacient, en cas que no sigui una imposició legal, haurem d'obtenir el seu consentiment informat.

4) Resposta ètica als requeriments legals d'informació dels pacients. En aquesta fase es remarca la importància de comunicar al pacient que, si tenim una demanda legal d'informació, l'haurem de donar i haurem d'actuar en funció del coneixement i pla establert en la fase de preparació. També li hem de donar l'opció de continuar o no amb el tractament i dir-li que només facilitarem la informació que sigui estrictament necessària.

5) Revisió dels límits de la confidencialitat. S'ha d'evitar fer excepcions als límits establerts, mantenir les polítiques de privacitat, anticipar demandes legals i protegir la identitat dels pacients en presentacions.

6) Responsabilitats ètiques. Cal que les nostres actuacions siguin sempre ètiques i hem de contribuir a mantenir l'actuació en base als paràmetres ètics. En aquest sentit, hem de modelar actuacions escaients i confrontar-les amb les actuacions no ètiques, consultar amb col·legues els dilemes ètics i ensenyar al personal els principis ètics.

Aquest model és útil perquè siguem conscients de la importància de la confidencialitat i dels passos que cal seguir per a presentar-la als pacients. No obstant això, ni aquest model ni els diferents codis que podem estudiar ens donen respostes concretes a tots els dilemes ètics respecte a la confidencialitat que ens podem trobar.

El codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicòlegs (www.cop.es) diu el següent:

"Tot psicòleg/a ha d'informar, almenys als organismes col·legials, de les violacions dels drets humans, maltractes o condicions de reclusió cruel, inhumanes o degradants de què sigui víctima qualsevol persona i dels quals tingui coneixement en l'exercici de la seva professió."

Art. 8

Tot i que aquest codi intenta regular la confidencialitat, és difícil jutjar en quines situacions concretes es pot o no informar del que ens explica el pacient. Aquests codis són genèrics perquè no és factible crear un llistat exhaustiu de

possibles dilemes ètics amb les respectives solucions, ja que la llista (tant la de dilemes com la de solucions) tendeix a l'infinit per les múltiples variables que hi poden influir.

Per tant, és el nostre judici i la nostra responsabilitat (en funció del coneixement de la situació i dels principis ètics i legals), l'ajuda d'altres professionals i la nostra experiència, els que finalment actuen per trobar una solució davant possibles dilemes ètics relacionats amb la confidencialitat.

Tres documents d'utilitat per a tractar la confidencialitat

Us adjuntem tres documents que fem servir en la pràctica clínica en referència a les condicions del nostre servei, la confidencialitat, la protecció de dades personals i la cessió de dades a tercers. En concret, demanem al pacient que signi el primer, i el segon un cop hem explicat les característiques de la nostra manera de funcionar, la confidencialitat i els límits d'aquesta. El tercer només el demanem en cas que hàgim de cedir la informació a tercers.

Considerem convenient, a part d'informar el pacient, que signi els documents, ja que això el pot ajudar a ser-ne més conscient i responsable, i alhora evitem malentesos i problemes ètics.

Document 1. Condicions i confidencialitat

L'objectiu del nostre centre és donar servei d'atenció psicològica a persones, tal com l'hem informat. Amb aquest document volem remarcar que accepta les condicions següents:

- Els professionals que treballen en aquest centre estan adequadament formats i qualificats.
- Els professionals que treballen en aquest centre actuaran sempre d'acord amb el codi deontològic que regula la nostra professió.
- Les sessions tenen una durada estipulada d'una hora. També tenen una hora d'inici i final, que s'han de respectar per tal facilitar el funcionament del centre i les altres persones que reben servei.
- En cas de no poder assistir a una sessió programada o haver de canviar-ne l'hora, s'haurà d'avisar amb prou antelació.
- Tota la informació que ens faciliti és confidencial, excepte en els requisits legals o situacions que vulnerin la llei, tal com hem comentat.
- Tota la informació que ens faciliti quedarà recollida en un informe al qual té dret d'accedir. El nostre centre es fa responsable de custodiar-ne les dades.

Un cop llegit tot això, escoltades les explicacions i preguntat tots els dubtes que hagi tingut.....
..... amb DNI, accepto rebre assistència sota les condicions especificades.

Barcelona, d de

signatura

Document 2. Protecció de dades

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades personals i emplenant aquest document, vostè dóna el consentiment al tractament de les dades personals que facilita, que seran incorporades al fitxer d'històries clíniques, titularitat d....., inscrit en el Registre General de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

Aquest té com a finalitat recollir la informació generada en les sessions de tractament terapèutic i incorporarà els informes psicològics, tests i proves psicològiques, conclusions escrites i la informació aportada per tercers i que sigui important per a la seva evolució terapèutica correcta.

Aquestes dades són d'ús exclusiu d....., que assumeix un compromís absolut de privadesa i confidencialitat de les dades. Així, es compromet a no subministrar mai aquesta informació a terceres persones o entitats d'acord amb les normes i els principis de protecció de dades establertes en la Llei i, en qualsevol cas, mai sense el seu consentiment.

També l'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició establerts en aquesta Llei amb una carta certificada, adjuntant una fotocòpia del DNI o passaport, a l'adreça següent:

Barcelona, d de

signatura

Document 3. Cessió d'informació a tercers

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades personals i emplenant aquest document, dóna el consentiment per lliurar aquest informe a

Aquest document forma part del fitxer d'històries clíniques, titularitat d....., inscrit en el Registre General de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades i sobre el qual el nostre centre assumeix un compromís absolut de privadesa i confidencialitat.

Barcelona, d de

signatura

4.3. Models de presa de decisions

Dèiem que davant dilemes ètics, pel que fa a la confidencialitat, hem de prendre decisions basades en el nostre coneixement, en el nostre judici i en la nostra responsabilitat. No obstant això, per a facilitar el procés de presa de decisions davant dilemes ètics, s'han proposat diferents models que ens poden ajudar a guiar el procés de presa de decisions analitzant tots els elements.

No hi ha cap model amb més evidència respecte a l'efectivitat que els altres (vegeu Cottone i Class, 2000, per a una revisió). En els quadres següents, us presentem dos models que considerem d'utilitat per a guiar el procés de presa de decisions davant dilemes ètics. En concret, el del primer quadre és el formulat per Pope i Vasquez.

Alguns dels supòsits d'aquest model han estat incorporats al codi ètic de la societat canadenca de psicologia. A més, també és curiós observar que algunes de les fases proposades són molt semblants a les que s'apliquen en la tècnica de resolució de problemes proposada per D'Zurilla i Nezu (1982) i que són de gran utilitat per ensenyar als pacients a resoldre els problemes efectivament.

Enllaç recomanat

Podeu trobar més informació d'aquest model i d'aspectes ètics en la pàgina web dels autors: <http://kspope.com/memory/ethics.php>

El model que es presenta en el segon quadre és el que formulen Sileo i Kopalà (1993). És conegut com a model ABCDE pels noms de les fases en anglés: *assessment* (avaluació), *benefit* (beneficis), *consequences and consultation* (conseqüències i consulta), *duty* (obligació/responsabilitat) i *education* (educació).

Model de decisió de Pope i Vasquez

Fases	Breu descripció
Identificar la situació	Definir la situació de la manera més clara possible.
Anticipar qui es pot veure afectat per la decisió	Reflexionar i valorar exhaustivament qui es pot veure afectat per la situació i la decisió que prenem. És habitual que es vegin implicades més persones a banda del psicòleg i el pacient.
Definir qui és el client	Normalment el client és el pacient que ens ve a veure però potser també l'asseguradora que paga el tractament.
Avaluar les nostres àrees de coneixement	Valorar en quins àmbits tenim coneixement, en quins no, les nostres habilitats i l'experiència en relació amb la situació.
Revisar codis ètics rellevants	En el nostre entorn, revisar almenys els codis ètics del COP i de l'EFA, i determinar si ens donen informació adequada o no per a la situació.
Revisar les lleis relacionades amb la situació	Determinar si hi ha cap llei concreta per al cas.
Revisar la recerca i la teoria rellevants	Revisar tant els codis deontològics i les lleis com la informació disponible en la literatura especialitzada.
Avaluar si les nostres característiques personals poden afectar el nostre judici	Avaluar els nostres sentiments, possibles biaxos, interessos, etc.
Avaluar els efectes dels factors socials i culturals	Avaluar els factors socials, culturals i religiosos que poden afectar la situació.
Consultar	En cas que s'estimi oportú, consultar amb col·legues que tinguin experiència en situacions semblants, advocats, col·legis professionals, etc.
Desenvolupar alternatives	Buscar i desenvolupar solucions alternatives al problema sense avaluar l'efectivitat inicialment.
Avaluar les alternatives	Avaluar les alternatives minuciosament (quins efectes potencials té cadascuna per a les persones implicades a curt i llarg termini, els beneficis, riscos i conseqüències).
Adoptar la perspectiva de cadascuna de les persones implicades	Es tracta de ser empàtic i veure la situació i les alternatives des dels punts de vista de les altres persones.
Prendre una decisió	A partir dels passos anteriors, prendre la decisió que s'estimi més oportuna.
Aplicació	Aplicar la solució i assumir la responsabilitat.
Avaluar els resultats	Fer una anàlisi exhaustiva de les conseqüències que ha tingut la solució que hem aplicat.

Fases	Breu descripció
Assumir la responsabilitat	Assumir la responsabilitat de la solució aplicada, tant si ha tingut efectes positius com negatius.
Considerar les implicacions	Considerar les implicacions per a la resolució de problemes futurs similars.

Model de decisió de Sileo i Kopala (1993)

Fases	Breu descripció
Avaluació	Avaluar de manera detallada la situació presentada pel pacient i les seves característiques. També autoavaluació, per part del psicòleg, dels seus valors, conflictes i sentiments adversos cap al pacient que poden influir en la presa de decisions.
Benefici	Buscar el màxim benefici per al pacient i per a les persones relacionades amb la situació.
Conseqüències i consulta	S'han d'avaluar les conseqüències de l'acció en l'àmbit legal, ètic i terapèutic. Per a valorar l'acció és important consultar a col·legues, supervisors, advocats, comissions ètiques, etc.
Obligació	Avaluar amb quina persona o persones tenim una obligació o responsabilitat.
Educació	El psicòleg ha de conèixer els codis ètics i principis ètics, i com s'hi poden aplicar.

Independentment del model que utilitzem, podem remarcar com a aspectes importants: 1) avaluar la situació detalladament i consultar amb altres professionals si cal; 2) valorar exhaustivament les diferents alternatives; 3) tenir un ampli coneixement dels codis ètics; i 4) buscar el que sigui millor per als pacients i les persones implicades. A més d'aquests aspectes i models, és molt important l'experiència, que ens pot ajudar a prendre decisions respecte a la confidencialitat segons els resultats obtinguts en casos similars.

Pel que fa als aspectes ètics de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut:

- És essencial conèixer els articles dels diferents codis que regulen l'avaluació psicològica.
- Hem d'explicitar i explicar al pacient la confidencialitat i els límits que té.
- Davant dilemes ètics, hem d'analitzar acuradament la situació i tots els elements que ens poden dur a adoptar una solució concreta.

Enllaç recomanat

El Col·legi Oficial de Psicòlegs ha publicat recentment el document "Ética y deontología para psicólogos", en el qual podeu trobar exemples concrets de dilemes ètics, i també els diferents codis deontològics. Us recomanem revisar aquest document a: <http://www.cop.es/pdf/etica.pdf>

5. Elements importants que cal tenir en compte per a l'avaluació

En aquest punt parlarem de quins elements poden incidir en el procés d'avaluació. Molts són similars als que poden afectar el procés d'intervenció; com ja hem comentat, els processos d'avaluació i intervenció són en realitat un mateix procés en què establir fronteres és realment difícil.

Evidentment, en aquest espai no podrem explicar tots els elements que poden influir en el procés d'avaluació. Intentarem destacar els que ens semblen més rellevants i els que han rebut més atenció. En primer lloc, parlarem de les motivacions per a treballar com a psicòleg clínic i de la salut. Una anàlisi d'aquestes i de les característiques de qui decideix dedicar-se a la psicologia pot ser molt útil per a reflexionar respecte a la professió. En segon lloc, comentarem les habilitats terapèutiques, ja que són essencials per al desenvolupament d'una relació de col·laboració amb el pacient que ens permeti aconseguir el nostre objectiu: conèixer el pacient i el seu problema. A banda d'aquestes habilitats terapèutiques, ens referirem a certes capacitats, habilitats i característiques del terapeuta que poden afectar el procés d'avaluació. També esmentarem les característiques del terapeuta que poden influir negativament en el procés d'avaluació. Finalment, comentarem els trets del pacient i del context d'avaluació, que també es poden reflectir en el procés d'avaluació.

5.1. Motivacions per a ser psicòleg clínic i de la salut

Són moltes i diverses les motivacions i característiques personals que ens poden portar a escollir la psicologia clínica i de la salut com a professió. Aquí presentarem un resum de les que van ser examinades i presentades per Guy (1995). Tot i que l'obra es va publicar fa temps, les motivacions i característiques que ell va proposar ens poden ser de gran ajuda per a fer una reflexió personal.

Com a motivacions i característiques funcionals tenim:

- **Curiositat i caràcter inquisitiu.** Tenir interès i curiositat per la conducta humana. És característic de les persones que es volen dedicar a la psicologia clínica i de la salut presentar més interès per aspectes humans i menys per temes més mecànics.
- **Capacitat per a escoltar.** Moltes vegades, els interessats en la professió posseeixen una capacitat natural d'escolta.

Lectura complementària

En podeu obtenir més informació a James D. Guy (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.

- **Capacitat de conversa.** Moltes vegades, les persones interessades en la professió tenen una capacitat natural per conversar.
- **Empatia.** Aquesta és una de les habilitats terapèutiques essencials, que consisteixen a ser capaç d'entrar en el món dels altres, no solament escoltant, sinó també amb una profunda comprensió de la perspectiva de l'altre.
- **Comprensió emocional.** Estar familiaritzat i sentir-se còmode davant d'una gamma àmplia d'emocions humanes.
- **Introspecció.** És la capacitat de reflexionar sobre els processos mentals i les característiques personals d'un mateix. Les persones que es volen dedicar a la professió tenen usualment un nivell elevat d'introspecció.
- **Capacitat d'autonegació.** Davant l'interès per conèixer i resoldre els problemes d'un pacient, el psicòleg ha de saber contenir-se i deixar de banda les seves necessitats personals.
- **Tolerància a l'ambigüïtat.** Requereix que el psicòleg eviti donar respostes ràpides, fer-se càrrec de la situació i exercir el control, i que assumeixi una posició autoritària davant de la confusió d'un pacient i les crisis freqüents que pot patir.
- **Capacitat de calor humana i atenció.** Més que d'una preocupació assajada i artificial es tracta d'una actitud legítima i sincera. Moltes persones que es volen dedicar a la professió tenen la tendència de lliurar-s'hi per complet, són capaces d'identificar-se amb una àmplia gamma de persones i els resulta fàcil adaptar l'estil propi de vida a les necessitats i les preferències dels altres.
- **Tolerància a la intimitat.** Les persones que es volen dedicar a la professió han de tenir una bona capacitat per a mantenir i tolerar una intimitat i proximitat profunda amb els pacients.
- **Comoditat davant del poder.** El professional ha de saber o aprendre a sentir-se còmode en la situació de poder que, generalment, li dóna el pacient. Si aquesta situació es pot acceptar, evitant sentir-se omnipotent, el procés d'avaluació i intervenció evolucionarà adequadament.
- **Capacitat de riure.** El professional ha de ser capaç de somriure autènticament.

Com a motivacions i característiques disfuncionals, Guy assenyala:

- **Pertorbació emocional.** El fet que la persona que vulgui dedicar-se a la professió presenti problemes emocionals pot interferir notablement en el procés d'intervenció en no poder-se centrar en els problemes d'altri sense resoldre els propis.
- **Afrontament indirecte.** Alguns professionals s'especialitzen en psicologia clínica per afrontar les contingències i realitats de la vida. D'aquesta manera, el professional que està preocupat per afrontar els problemes de la vida tria la professió d'ajudar els altres a abordar els problemes que a ell mateix li provoquen malestar.
- **Soledat i aïllament.** A vegades les persones que trien aquesta professió ho poden fer en un intent de superar una soledat profunda i un aïllament social greu. D'aquesta manera, pretenen satisfer la necessitat de proximitat en un context segur, controlat i estructurat.
- **Desig de poder.** La pràctica de la psicologia clínica i de la salut pot resultar atractiva per a qui se sent atemorit i impotent en la vida, ja que la professió ofereix l'oportunitat d'exercir poder, control i influència en la vida dels pacients.
- **Necessitat d'amor.** Es refereix a la necessitat d'expressar amor i tendresa. Hi pot haver terapeutes que aprofiten la relació terapèutica per a expressar allò que no se senten capaços d'expressar d'una altra manera.
- **Rebel·lió indirecta.** Per a alguns, la professió pot representar una oportunitat per a expressar les seves necessitats, revelar-se i atacar l'autoritat.

Activitat

És necessari tenir totes aquestes característiques? Si no les tenim, les podem aprendre? Què podem fer si tenim algunes de les característiques disfuncionals que apareixen en la llista anterior?

Activitat

Dediqueu un temps a pensar i fer una llista de les motivacions que us han portat a interessar-vos per la psicologia clínica. Són totes funcionals? En tot el temps que fa que estudeu, han canviat les motivacions o han estat sempre les mateixes?

5.2. Habilitats terapèutiques

Les habilitats terapèutiques són essencials en el procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut perquè són un element essencial per a establir una bona **aliança terapèutica**.

L'aliança terapèutica va ser formulada inicialment des de la teoria psicoanalítica, encara que posteriorment s'ha treballat pràcticament des de tots els models teòrics. Això és perquè el fet d'establir una bona aliança ha estat relacionat amb una probabilitat d'èxit terapèutic més elevada.

L'aliança terapèutica es pot definir com la relació que s'estableix entre el terapeuta i el pacient, que és el vehicle del canvi, i es pot considerar que està formada per tres components:

- 1) Vínclle emocional positiu entre el client i el terapeuta.
- 2) Acord dels objectius de la intervenció
- 3) Acord de les tasques terapèutiques.

En efecte, l'aliança terapèutica es pot veure com una construcció mútua del pacient i el terapeuta que inclou objectius compartits, acceptació i reconeixement de les tasques que cada persona ha de fer en la relació terapèutica. En aquesta definició, veiem la importància de tenir una construcció mútua que, com hem comentat anteriorment, és essencial per a evitar els abandonaments i aconseguir treballar adequadament (Horvath, 2001).

Per tant, una bona aliança terapèutica és necessària i, a més, contribueix a obtenir uns resultats positius. No obstant això, hem de tenir en compte que en la majoria de casos no n'hi ha prou amb l'aliança terapèutica, és a dir, cal aplicar tècniques d'intervenció addicionalment. També hem de diferenciar clarament una bona aliança terapèutica d'una relació d'amistat. Aquestes dues relacions tenen funcions i característiques diferents i no s'han de confondre.

Com dèiem a l'inici d'aquest apartat, un element important en relació amb la implicació dels pacients en el procés d'avaluació i intervenció i en l'establiment d'una bona aliança terapèutica són les habilitats terapèutiques. Aquestes van ser proposades inicialment per Rogers, encara que posteriorment han estat reconegudes en tots els models.

Segons el treball pioner de Rogers, parlem de tres habilitats terapèutiques bàsiques: empatia, acceptació positiva incondicional i autenticitat. També hem de tenir en compte que aquestes tres habilitats estan totalment relacionades, és a dir, si no aconseguim transmetre'n una probablement tindrem dificultats a transmetre la resta. A continuació, tractarem amb més detall cadascuna.

5.2.1. Empatia

És la capacitat de posar-se en la pell del pacient, de veure els seus problemes des de la seva perspectiva. Per tant, l'empatia implica entendre el pacient des del seu punt de vista. Però no només això: també hem d'aconseguir que el pacient

Lectura recomanada

Podeu aprofundir sobre les qüestions esmentades tot consultant aquesta obra: A. O. Horvath (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.

Lectura recomanada

Us recomanem la lectura d'aquest article de Rogers, publicat per primer cop el 1957 i reeditat el 2007: C. R. Rogers (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 240-248.

percebi que realment som empàtics amb ell. En aquest sentit, us presentem tot seguit algunes estratègies que poden ser molt útils per a transmetre al pacient que estem atenent el que ens explica i l'estem entenent.

Per tal de mostrar al pacient que l'esten atenent, podem seguir moltes estratègies. Breument, a partir del treball de Hill i O'Brien (2000), podem assenyalar les conductes següents per mostrar atenció respecte al que el pacient ens diu:

- **Contacte ocular.** Mirar als ulls pot ser molt útil per a mostrar atenció. No obstant això, hem de tenir en compte que pot tenir efectes perjudicials en alguns pacients. En efecte, algunes persones es poden veure intimidades si les mirem fixament durant molt de temps. Per tant, no hi ha una norma fixa, sinó que hem d'adaptar la nostra actuació a les característiques del pacient.
- **Moviments amb el cap.** Aquests són moviments molt comuns que es poden utilitzar quan el pacient ha acabat d'expressar una idea i poden ser de molta utilitat per a expressar que seguim la conversa.
- **Expressions del tipus *hum* i *sí*.** Aquestes expressions es poden utilitzar un cop que el pacient hagi expressat una idea. El poden acompanyar amb moviments amb el cap.
- **Aprovació i tranquil·lització.** Hem d'utilitzar frases que donin suport al pacient, el tranquil·litzin, l'animin i el reforcin durant el procés d'avaluació. Aquestes frases han de servir també per a indicar al pacient que el que sent és normal.
- **Utilitzar frases** per a fer notar al pacient que l'entendem, com ara "entenc la seva situació".
- **Expressió facial.** L'expressió facial és summament important en el procés d'avaluació i intervenció. Hem d'evitar, per exemple, expressions facials que denotin cansament, sorpresa o gravetat davant del que ens expliquen els pacients.
Dins de l'expressió facial, un element també fonamental és el **somriure**. Somriure de manera adequada fa que se'ns percebi com a amigables i anima els pacients. No obstant això, hem d'adaptar aquest somriure a les característiques dels pacients i utilitzar el somriure en el punt just. Un excés de somriure pot denotar als pacients que no som autèntics o que no ens prenem seriosament el que ens expliquen. Això també es pot aplicar a tots els aspectes que estem comentant: un ús excessiu pot provocar que els pacients ens percebin artificials.
- **Parallenguatge.** Es refereix a la manera en què són expressades les coses. En especial, dins d'aquest punt creiem que és important remarcar el paper dels torns per a parlar, els silencis i l'adaptació de l'estil comunicatiu al del

pacient. Pel que fa a les **interrupcions**, el més convenient és deixar que el pacient parli fins que hagi acabat, oferint-li l'oportunitat d'explicar tot el que vulgui. No obstant això, ens podem trobar amb pacients que donin molta informació d'aspectes que no són rellevants per a l'avaluació d'una manera desorganitzada. En aquests casos, convé interrompre'ls i centrar la conversa. Quant als **silencis**, fan referència al temps que deixem sense dir res verbalment. Aquest aspecte és realment difícil ja que depèn molt de les característiques del pacient. Així, per exemple, una persona amb nivells alts d'ansietat probablement se sentirà incòmoda durant els silencis. No obstant això, els silencis poden ser molt útils per a deixar temps al pacient perquè pensi en el que està expressant, perquè pugui reconèixer i expressar els seus sentiments. Finalment, és essencial **adaptar el nostre llenguatge** a l'estil comunicatiu del pacient, tenint en compte el seu nivell cultural.

- **Moviments cinestèsics.** Fan referència als moviments que fem i que acompanyen el nostre discurs. Com ja hem comentat abans, els moviments amb el cap poden ser un bon complement per a mostrar al pacient que seguim el fil del discurs. També, quan expressem alguns conceptes, els moviments dels braços poden ser de molta utilitat. No obstant això, amb els moviments cinestèsics hem de tenir en compte, com amb quasi tots els elements assenyalats, que s'han de fer en la mida justa.
- **Posició.** Un altre element important per a mostrar empatia és la posició. En general, es recomana una posició corporal lleugerament inclinada cap als pacients i sense creuar els braços ni les cames. No obstant això, no és convenient tampoc mantenir tota l'estona la mateixa posició.

D'altra banda, podem seguir moltes estratègies per mostrar al pacient que l'entendem. Evidentment, moltes de les anteriors, a més de mostrar al pacient la nostra atenció, poden servir per mostrar que entenem el que ens diu. Algunes de les estratègies que ens poden servir per a mostrar als pacients que els entenem són les anomenades *resposta d'escolta*. A més, ens poden ser de gran utilitat per a obtenir informació en el procés d'avaluació. A continuació, presentem breument els 4 tipus de resposta d'escolta:

1) **Paràfrasi.** Aquesta estratègia és molt útil per a fer entendre al pacient que l'entendem i que ens interessa el que ens diu. Es tracta de fer un resum, repetint el que el pacient ens ha explicat però de manera més clara. Usualment, aquest resum es fa amb menys paraules, però semblants a les del pacient, essent més concret i clar.

A més de fer sentir al pacient que l'entendem, la paràfrasi pot servir per al següent: a) ampliar la informació que ens ha donat el pacient animant-lo a aprofundir en la idea de què parla; b) ajudar el pacient a centrar-se en el que ens explica; i c) ajudar el pacient a prendre una decisió en deixar palés el problema.

Lectura recomanada

Trobareu més informació sobre les respostes d'escolta a: W. H. Cormier i L. S. Cormier (2000). *Estratègies de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Tal com indiquen Cormier i Cormier (2001), hi hauria cinc fases per a fer una paràfrasi del missatge del pacient: a) atendre i entendre allò que ens explica; b) identificar el contingut més rellevant del que ens diu; c) triar una manera de començar la paràfrasi; d) traduir les idees del pacient a les nostres paraules; i e) comprovar que realment hem expressat el que el pacient ens volia dir.

Exemple

P: Estic fatal, no tinc ganes de fer res ni de sortir amb els amics. Em quedaria a casa estirada al sofà tot el dia.

T: Sembla que et falti energia, que les coses que abans t'agradaven fer ja no et motivin.

P: Crec que no em va bé venir a la teràpia, jo creia que avançaria més ràpid.

T: T'havies formulat unes expectatives que no s'han complert.

2) Reflex. És una estratègia semblant a la paràfrasi, però en aquest cas també es tracta de reproduir els sentiments del pacient, tant si són expressats per ells conscientment com inconscientment, a partir del que ens diu tant verbalment com no verbalment.

Aquesta tècnica, tal com succeeix amb la paràfrasi, pot ajudar el pacient a sentir que l'entendem. També pot servir per al següent: a) animar el pacient a expressar més sentiments; b) ajudar el pacient a treballar els seus sentiments; c) evitar conflictes que expressin sentiments negatius pel que fa a la teràpia; i d) ensenyar el pacient a discriminar diferents sentiments.

Cormier i Cormier (2001) també proposen diverses fases en el procés del reflex. La primera és la detecció de paraules o elements no verbals que facin referència a sentiments. La segona, retornar als pacients els elements que fan referència a sentiments o emocions utilitzant altres paraules. Per tal de dur a terme la segona fase, se segueix un procediment semblant al que es feia en el cas de la paràfrasi: selecció de paraules per a retornar als pacients els seus sentiments, buscar els elements adequats per a iniciar la frase, afegir informació sobre el context o situació en què es tenen els sentiments i avaluar l'efectivitat del reflex.

La diferència fonamental entre paràfrasi i reflex és que en la primera es fa una recapitulació del contingut del missatge, mentre que en la segona es fa també referència als sentiments o la part emocional del missatge.

És important esperar al moment oportú per a fer el reflex i no abusar-ne inicialment, ja que pot incomodar el pacient.

P: No vull saber res de la meva amiga, ja no vull quedar més amb ella.

T: Et sents enrabada amb la teva amiga.

P: Crec que no em va bé venir a la teràpia, jo creia que avançaria més ràpid.

T: Estàs decebut i molest perquè continues patint.

3) Síntesi. Al llarg de les sessions els pacients, a través de diferents mitjans, missatges i expressions, ens explicaran temes que es repetiran. Per exemple, un pacient ens confessa que està trist, ens relata diverses situacions en què

es troba trist, ens ho fa saber verbalment i no verbalment. Es tracta, amb la síntesi, d'extreure les idees principals dels missatges que ens dóna el pacient. Aquestes idees es poden referir a emocions o no.

La síntesi pot servir per al següent: a) mostrar al pacient que hem escoltat i hem entès el que ens ha explicat; b) aïllar els elements dels missatges del pacient i organitzar-los coherentment; c) aïllar les idees principals dels missatges del pacient; i d) mostrar al pacient les millories que es produeixen.

Els passos que implica la síntesi, sempre segons Comier i Comier (2001), són els següents: a) atendre i recordar els missatges que es repeteixen; b) identificar patrons o idees generals a partir dels diferents missatges; c) seleccionar un inici apropiat per a la síntesi; d) seleccionar les paraules adequades; i e) avaluar si hem fet una bona síntesi.

Una noia que en un mes s'ha barallat amb tots els grups d'amics que té (els de la universitat, els amics de la feina, etc.).

T: En aquest mes has tingut dificultats en les relacions amb els altres.

Un pacient que últimament es queixa de diversos aspectes de la parella.

T: Sembla que la relació amb la teva parella no funciona com abans, et mostres més crític amb els aspectes que no t'agraden d'ella.

4) Aclariment. Consisteix a demanar a un pacient que ens aclareixi, que reformuli un missatge que ens ha explicat de manera difusa o confusa mitjançant preguntes com ara: "Què vols dir amb...?" o "Aleshores estàs dient que....?".

A banda d'ajudar el pacient a sentir que ens interessem per ell i pel que diu, aquesta estratègia pot ser útil per assolir els objectius següents: 1) demanar més informació sobre algun missatge que no ens hagi quedat del tot clar i 2) comprovar el que creiem que hem escoltat del que ens ha dit el pacient.

Igualment, Cormier i Cormier (2001) descriuen quatre fases per a dur a terme l'aclariment: 1) identificar el contingut dels missatges verbals i no verbals del pacient; 2) detectar si hi ha alguna part vaga o confusa en el missatge; 3) decidir un inici i les paraules adequades; i 4) avaluar l'eficàcia de la tècnica.

P: Estic "xof".

T: Què vol dir estar "xof"?

P: Sense energia, deprimit.

P: Em quedo com parat davant d'un examen.

T: Pots dir-me què significa que et quedes parat davant d'un examen?

P: Que em bloquejo, que no sé què posar i que no recordo res del que havia estudiat.

Un element important en l'expressió de totes les conductes que denoten empatia és el context cultural del pacient. En efecte, depenent de la cultura del pacient, certes conductes poden ser adequades o no. Per exemple, hi ha cultu-

res com la nostra, en què el contacte físic és més comú i acceptat, mentre que en d'altres no ho és pas. En aquest sentit, hem de conèixer el context cultural del pacient i modular la nostra conducta en relació amb aquest.

Reflexió

Totes les habilitats que comentarem requereixen un entrenament per a dur-les a terme efectivament. Per aquest motiu n'és adient la pràctica.

En aquest sentit, us proposem fer un breu experiment a la vostra vida diària. Per exemple, podeu practicar les habilitats comentades amb algun amic o amb la vostra parella. Proveu de ser empàtic i analitzeu la resposta de l'altra persona. Us ha explicat més coses? Com hauria estat la conversa si no us haguéssiu mostrat empàtic?

5.2.2. Acceptació positiva incondicional

Es tracta de mostrar al pacient que l'acceptem amb els seus problemes, valors, conductes i que no el jutjarem. És a dir, que no posem condicions per acceptar-lo, siguin quines siguin les seves característiques.

Aquesta habilitat implica un **compromís** per a treballar amb el pacient, independentment de les seves característiques, valors o actituds. Treballar amb el pacient per tal de millorar els seus problemes amb una **actitud que no el valori o el jutgi**. Tot això, però, no vol dir que no podem intentar fer reflexionar el pacient respecte els seus pensaments i comportaments.

Reflexió

Encara que l'acceptació positiva incondicional és una habilitat que pot semblar fàcil d'entendre i de dur a terme, no sempre és així. Pensem, per exemple, en un pacient que ens comenta que té una forta ideologia racista i, encara que mai no ha fet mal ningú (ni verbalment ni físicament), comenta que odia qualsevol persona de color o d'una raça diferent. En aquest cas, els valors i la ideologia del pacient poden estar en plena dissonància amb la nostra manera de ser i poden interferir en la valoració de la situació del pacient i dels seus problemes. Penseu què podríeu fer per resoldre la situació, per acceptar el pacient amb la ideologia que professa. Podeu comentar les vostres reflexions a l'aula amb els companys i el consultor.

L'acceptació positiva incondicional també implica un **esforç per entendre** el pacient. En altres paraules, el terapeuta ha de tenir un interès real pel problema del pacient i fer arribar aquest interès al pacient.

Finalment, per tal de mostrar acceptació positiva incondicional, és fonamental mostrar **proximitat i protecció** envers el pacient, que respondrà amb confiança i proximitat al terapeuta i permetrà establir una bona aliança de treball. Són moltes les tècniques que podem utilitzar per a mostrar proximitat als pacients, de les quals la conducta no verbal és molt important. Per exemple, un to de veu suau, somriure en els moments oportuns i una postura adequada poden facilitar molt la sensació de proximitat. A la vegada, aquestes conductes també mostren empatia tal com hem descrit anteriorment. Dins de les conductes no verbals també és important el contacte físic. No obstant això, s'ha de

fer amb molta cura, ja que pot ser interpretat d'una altra manera pel pacient. També podem utilitzar conductes verbals per a expressar proximitat, com ara reforçar verbalment i elogiar el pacient.

5.2.3. Autenticitat

L'autenticitat implica ser un mateix, congruent i genuí. És a dir, dins de la relació terapèutica, el terapeuta ha de ser lliure i sincer. Això implica que el llenguatge no verbal i el verbal siguin congruents amb el que pensem i sentim, a la vegada que siguin congruents entre ells.

Seguint Cormier i Cormier (2001), l'autenticitat implica, com a mínim, cinc components: conductes de reforçament no verbal, rol de conducta, congruència, espontaneïtat i autorevelació. A continuació, fem una breu descripció de cadascun d'aquests components.

- **Conductes de reforçament no verbal.** Les conductes de reforçament no verbal són molt semblants a les que hem descrit en el cas de l'empatia. Per exemple, el contacte ocular (tenint en compte que no ha de ser totalment directe ni intimidador), un somriure en els moments oportuns i una postura adequada poden ser molt útils per a transmetre autenticitat.
- **Rol de conducta.** Significa que, encara que la relació és asimètrica, el terapeuta no ha d'estar constantment mostrant la seva posició i superioritat. Els terapeutes o avaluadors centrats a mostrar el seu rol són percebuts com a distants.
- **Congruència.** Com ja hem comentat, la congruència implica que les accions, pensaments i sentiments del terapeuta són congruents. També és important mantenir una congruència amb els nostres missatges verbals i no verbals. Contràriament, el pacient pot perdre la confiança en nosaltres.
- **Espontaneïtat.** Implica la capacitat d'expressar-se de manera natural, no forçada. Això no significa que hàgim d'expressar tot el que pensem i sentim al pacient. S'ha de canalitzar per a establir un equilibri i maximitzar la relació terapèutica.
- **Autorevelació.** L'autorevelació fa referència a donar informació al pacient sobre nosaltres mateixos. Això pot incrementar la sensació d'autenticitat, ja que el pacient ens percebrà més humans i propers. L'autorevelació és un tema delicat i que ha rebut força atenció en la literatura; per aquest motiu, a continuació tractem amb una mica més de detall aquest punt.

En primer lloc, hem de tenir en consideració que, voluntàriament o involuntàriament, estem constantment donant informació al pacient sobre nosaltres mateixos per mitjà d'elements com ara la manera de vestir, la manera de saludar, la decoració de la consulta, etc. També les nostres reaccions al que ens explica li donen informació sobre nosaltres. Això implica que hem de ser conscients de l'impacte que pot tenir la nostra manera d'actuar per a modelar el pacient d'una manera adequada.

A banda d'aquesta informació que proporcionem amb la nostra manera de fer i amb les nostres conductes, de manera immediata i gairebé automàtica (tot i que és un aspecte que hem de vigilar, avaluar i controlar), el psicòleg també pot aportar informació personal al pacient voluntàriament. Aquesta pot ser útil, tal com dèiem, perquè el pacient ens percebi com a més "autèntics". Per exemple, explicar a un pacient que hem tingut el mateix problema que ell pot servir per a incrementar l'autenticitat que aquest percep. Però a banda de la utilitat de l'autorevelació per a incrementar l'autenticitat, aquesta tècnica pot accomplir altres funcions dins del procés d'avaluació i intervenció.

Entre les més importants, en podem destacar, segons Goldfried i Burckell (2003):

- **Donar *feedback* al pacient dels efectes de la seva conducta.** Es tracta de presentar al pacient l'impacte que té el seu comportament sobre nosaltres mateixos. Això li pot ser útil per a imaginar quin és l'impacte que la seva conducta té en persones diferents de nosaltres. Per exemple, un pacient ens explica que li fa molta vergonya parlar dels seus problemes sexuals amb la parella. Nosaltres li diem que el que ens ha explicat fins ara ho hem entès i que no ens hem espantat ni ens ha semblat greu. D'aquesta manera, li transmetem la nostra reacció, que pot fer que perdi la vergonya que té a l'hora de presentar els problemes a la parella.
- **Augmentar les expectatives d'èxit i la motivació.** El psicòleg pot explicar al pacient com ell va aconseguir afrontar una situació semblant al seu problema perquè vegi la seva situació com a resoluble. Per exemple, davant d'un pacient que té por de parlar en públic el psicòleg pot argumentar que ho entén perquè ell també tenia por les primeres vegades que va haver de fer conferències en públic. Per afrontar aquest problema, va seguir un procés d'exposició combinat amb relaxació que va ser molt efectiu. Aquesta experiència personal (sumada a alguns comentaris sobre l'evidència de l'efectivitat de la tècnica de l'exposició) pot ser molt útil per a motivar el pacient.
- **Normalitzar les respostes del pacient.** El psicòleg, en explicar situacions personals en què ha tingut reaccions semblants a les del pacient, en pot normalitzar les respostes. Seguint amb l'exemple anterior, el pacient pot

Lectura recomanada

En la següent obra podeu trobar una revisió sobre l'autorevelació:

M. R. Goldfried i L. A. Burckell (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *JCL/ In Session*, 59, 555-568.

sentir vergonya perquè la gent el vegi tornar-se vermell quan parla en públic. Nosaltres li podem explicar que en algunes situacions tenim reaccions semblants.

- **Reduir les pors i modelar una manera efectiva per a tractar el problema.** Explicar tècniques que ens han resultat efectives per a superar una situació similar a la del pacient pot fer que es redueixi la seva por, ja que veurà més accessible superar la situació. A la vegada, fem de models per als pacients.

Malgrat els avantatges potencials de l'autorevelació que hem descrit, hem de tenir cura a utilitzar-la i ser prudents amb els continguts, fer-ne un ús responsable i moderat. En aquest sentit, hem de tenir en consideració diversos principis per a l'ús de les autorevelacions:

- a) S'han d'utilitzar moderadament. És tant perjudicial un ús excessiu com no utilitzar-les.
- b) Els temes més apropiats per a fer autorevelacions són els relacionats amb la nostra feina, i els menys apropiats aquells que tenen a veure amb les pràctiques sexuals i les nostres creences i valors. És a dir, les autorevelacions no han de ser d'aspectes molt íntims.
- c) S'han d'ajustar a les característiques i cultura del pacient.
- d) S'ha d'emprar normalment per a normalitzar, modelar, potenciar l'aliança terapèutica o oferir maneres de pensar o actuar alternatives.
- e) S'han d'evitar les autorevelacions destinades a cobrir les nostres necessitats, interferir en la sessió o en allò que afirma el pacient, les que contribueixin a confondre'l o sobreestimar-lo i, finalment, aquelles que li puguin ser intrusives.
- f) Les autorevelacions sobre temes semblants al que el pacient ens comenta, semblen molt efectives per a potenciar que ens continuï explicant coses.
- g) S'ha d'observar com el pacient respon a les autorevelacions i utilitzar tota aquesta informació per a modular la nostra intervenció.
- h) Pot ser molt útil l'autorevelació en pacients que tinguin dificultats per a establir una relació terapèutica.

Lectura recomanada

Per conèixer més detalls sobre l'autorevelació, us remetem a dues obres clau al voltant d'aquest tema:

C. E. Hill i S. Knox (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy*, 38, 413-417.

S. Knox i C. E. Hill (2003). Therapist self-disclosure: research-based suggestions for practitioners. *JCP/In Session*, 59, 529-539.

5.3. Capacitats i habilitats

A banda de les habilitats terapèutiques clàssiques i bàsiques que tot psicoterapeuta o avaluador ha de mostrar, la tasca de l'avaluació psicològica (i la intervenció) requereix unes capacitats que també són essencials. Algunes d'aquestes capacitats són:

- **Energia / atenció mantinguda.** És probable que l'avaluador tingui un nombre elevat de visites diàriament, per la qual cosa és necessari un nivell elevat d'energia i atenció. Hem de ser capaços d'atendre amb la mateixa energia la primera i l'última visita del dia. En relació amb aquest tema, és convenient que el terapeuta sigui conscient de les seves limitacions i de les hores en què el seu rendiment és més elevat. A partir d'aquests paràmetres, i tenint en compte les demandes de l'ambient, el professional ha d'establir un horari de màxim rendiment per a fer les visites.

El fet de tenir diverses avaluacions en un dia implica la capacitat de deixar de banda el que ens ha explicat un pacient per a poder atendre correctament el següent. És per això que també és aconsellable, tant com sigui possible, deixar un espai entre les sessions, almenys de 10 minuts. Aquest espai ens serà molt útil per a poder descansar cognitivament i, a la vegada, serà útil si alguna visita s'allarga més del previst, ja que d'aquesta manera el pacient següent no haurà d'esperar. També aquest espai ens pot ser de gran utilitat per a acabar de prendre les notes del pacient que acabem de visitar. També, sobretot quan es té poca experiència, molts avaluadors poden no atendre adequadament els problemes dels pacients. Això és així perquè mentre els hi expliquen els problemes estan concentrats en pensaments propis. Per exemple, un pacient ens pot estar explicant els seus problemes i nosaltres podem no atendre'ls prou perquè estem pensant en quin seria el diagnòstic, quina pregunta li farem posteriorment, etc.

- **Flexibilitat/creativitat.** Ser flexibles i adaptar-nos a les necessitats del pacient també és essencial. Tot i que hi tenim instruments i tècniques disponibles, sempre les hem d'adaptar a la persona de la qual volem obtenir informació. Per això, és fonamental tenir en compte les característiques del pacient.
- **Alt nivell d'autoconeixement.** Implica tenir un ampli coneixement dels nostres valors, sentiments, problemes i situacions personals. Tots aquests elements poden, si no es coneixen i es deixen de banda, influir en la recollida d'informació.

Però no només això, sinó que també hem de conèixer les nostres limitacions quant a formació, especialització i disponibilitat. Això implica derivar els casos per als quals considerem que no tenim els coneixements adequats i ser realistes a l'hora de fixar el nombre de visites.

- **Coneixement.** Evidentment, l'avaluador ha de tenir un ampli coneixement teòric. Ha de conèixer els problemes psicològics, els tractaments que han mostrat ser més eficaços i els instruments d'avaluació disponibles per a abordar les problemàtica en qüestió.

5.4. Elements del terapeuta que poden impactar negativament

Fins aquí hem parlat d'habilitats i capacitats que poden ser positives per al desenvolupament de l'avaluació. També podem parlar d'elements o comportaments del terapeuta que poden afectar negativament l'aliança terapèutica i, per tant, també el resultat de l'avaluació. Seguint la recent revisió d'Ackerman i Hilsenroth (2001), podem destacar els elements següents:

- Ser rígid en la relació amb el pacient i l'estructuració de les sessions.
- Centrar-se en un mateix.
- Ser crític.
- Actuar moralment.
- Ser fred, distant.
- Mostrar-se insegur o tens.
- Mostrar desinterès (mostrar-se distret, cansat o avorrit).
- Culpabilitzar el pacient.
- Evitar tractar aspectes importants.
- Presentar dificultats per estructurar les sessions.
- Presentar dificultats en el maneig dels silencis.
- Explicar els nostres conflictes emocionals excessivament.

Òbviament, si apliquem el que hem comentat fins ara de les habilitats terapèutiques, capacitats i característiques que afavoreixen l'avaluació, no presentarem els elements aquí esmentats. Tanmateix, s'ha considerat rellevant incloure aquesta llista d'elements que poden afectar negativament perquè pugueu reflexionar i ser conscients de com les vostres actuacions poden tenir un impacte en el pacient.

Reflexió

Hem parlat fins aquí de moltes característiques de l'avaluador que poden afectar el procés d'avaluació. És interessant reflexionar sobre els aspectes següents:

- a) Aquestes característiques, són innates o es poden aprendre?
- b) S'han de tenir totes aquestes característiques per poder exercir?

5.5. Característiques de l'avaluat

Són moltes les variables del pacient que poden influir en el procés. A continuació presentem les que ens semblen més rellevants.

Lectura complementària

Per aprofundir en els comportaments del terapeuta que poden afectar negativament l'aliança terapèutica us aconsellem consultar l'obra:

S. J. Ackerman i M. J. Hilsenroth (2001). "A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance". *Psychotherapy*, 38, 171-185.

- **Estadi en el procés de canvi en què es troba l'avaluat i motivació.** Seguint Prochaska i Di Clemente (1983), el canvi (fent referència al canvi terapèutic) es pot concebre com un procés amb diferents estadis. Aquests es diferencien en el grau de consciència i motivació pel canvi. De manera molt breu, les fases proposades al model de Prochaska i Di Clemente són els següents: fase precontemplativa, fase de contemplació, fase de determinació, fase d'acció i fase de manteniment.

En la primera fase, la de **precontemplació**, el pacient sap que té un problema però no és conscient de la necessitat de ser tractat, per tant rarament arribarà a la consulta (si no és "obligat" per una altra persona). En la fase següent, la de **contemplació**, el pacient és conscient que té un problema que cal tractar, però encara no té un pla d'acció concret ni un compromís ferm. En la tercera, la de **determinació**, el pacient té un compromís ferm per al canvi i ha pensat en estratègies per dur-lo a terme. En la quarta, la d'**acció**, el pacient comença a fer canvis per millorar el problema. Finalment, en la de **manteniment**, els pacients tracten de consolidar els canvis aconseguits.

Els pacients no arribaran a la consulta molt probablement fins a la fase de contemplació. Però si ho fan abans, acompanyats d'alguna persona significativa per a ells (com ara la parella o els pares), durant la fase de precontemplació tindran molt poca predisposició per a donar-nos informació del problema. És per aquest motiu que hem de tenir en compte en quina fase del procés de canvi es troba el pacient en el moment de fer l'avaluació.

Una persona que consumeix alcohol en grans quantitats habitualment i arriba a la nostra consulta obligat per la dona, argumenta que ell no té cap problema i que només es visita perquè ella estigui contenta, es pot considerar en fase de precontemplació. D'altra banda, una persona que acut a nosaltres i argumenta que fa molt de temps que se sent trist i que això és un problema per a ell, i que ara està decidit a fer alguna cosa per a canviar-ho, està en la fase de contemplació. Lògicament, aquestes diferències entre les dues persones tenen un impacte elevat tant per al procés d'avaluació com per al procés d'intervenció. Amb el primer pacient és molt més difícil obtenir informació respecte al seu problema ja que ell creu que no en té cap; a més, el baix nivell de motivació dificultaria la seva implicació en el procés. Al contrari, en el segon cas és molt més fàcil obtenir-ne informació, ja que el pacient està decidit a canviar i té consciència del seu problema.

Per tant, respecte aquest comentari de les fases del canvi (i de la importància que tenen tant en el procés d'avaluació com en el d'intervenció), és molt important que al principi de l'avaluació intentem que el pacient augmenti la consciència del problema i la motivació per "fer alguna cosa".

Reflexió

Penseu en diferents estratègies que puguin ser d'utilitat per a incrementar la consciència del problema i per a motivar el pacient, tant en el procés d'avaluació com en el procés d'intervenció. Comenteu les respostes amb els companys de l'aula i el consultor.

- **Expectatives.** És important explorar les expectatives que té el pacient inicialment. En aquest sentit, hem d'explorar les seves expectatives pel que fa al procés i el desig de millora.

Pel que fa a les expectatives del procés, fan referència a allò que el pacient espera que succeeixi durant el procés d'avaluació i intervenció i la durada que vol que tingui el procés (com més llarg espera que sigui, més llarg acaba essent). També al·ludeixen al rol que els pacients esperen que el terapeuta adopti i el que consideren que hauria d'assumir un pacient. És possible que el pacient cregui que amb una o dues sessions li haurem fet l'avaluació i "curat" el problema, o que el terapeuta els ha de dir exactament el que han de fer per recuperar-se. Per això, cal explicitar quin és el curs normal d'acció en la nostra consulta i la nostra manera de funcionar. És necessari en tot moment ajustar les expectatives del pacient i crear un marc comú compartit de funcionament.

Les expectatives de millora fan referència a fins a quin punt els pacients creuen que el procés d'avaluació i intervenció els serà útil per a superar el problema. Aquesta variable pot estar relacionada amb la motivació del pacient, però és diferent.

En general, els estudis disponibles evidencien que les expectatives d'èxit estan relacionades positivament amb el resultat dels tractaments. A més, les expectatives d'èxit sembla que també contribueixen positivament a la creació de l'aliança de treball. Per tant, ja des de l'avaluació haurem d'incrementar aquest tipus d'expectatives. Amb aquesta finalitat, podem argumentar al pacient que el seu problema té solució i presentar-li dades disponibles respecte a la millora de pacients amb el mateix problema (evidentment, d'una manera poc tècnica i que ell pugui entendre). En relació amb aquestes expectatives, i també amb les de procés, hem de deixar clar al pacient que el tractament no produeix efectes miraculosos immediats, ja que es necessita temps i ell s'hi ha d'implicar: ha de ser el motor del canvi perquè el tractament funcioni.

- **Severitat i durada del problema.** En termes generals, podem dir que com més temps faci que és present el problema i com més greu sigui, més difícil ens resultarà fer-ne l'avaluació i el tractament. Òbviament, aquesta afirmació no és certa en tots els casos, però és veritat que els pacients que fa més temps que tenen aquest problema (sobretot si és molt greu) probablement arribaran a la consulta amb més malestar (per exemple, amb nivells alts d'ansietat) i amb menys expectatives d'èxit (possiblement ja han passat per molts professionals i cap els ha resolt el problema). Al contrari, també és factible que trobem pacients amb símptomes severos o amb una motivació elevada pel canvi, atesa la gravetat de la seva situació.

Lectura recomanada

Per a una revisió molt recent dels efectes de les expectatives, podeu consultar aquest article:

T. Geenberg, M. J. Constantino, i N. Bruce (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?. *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.

Sobre la motivació i les expectatives del pacient

Aquests dos conceptes no sempre van de la mà. Per exemple, un pacient pot estar motivat per a seguir el tractament però pensar que no aconseguirà millorar.

- **Variables sociodemogràfiques.** Els pacients més joves són usualment més plàstics i oberts a l'avaluació psicològica, entenen amb més facilitat les proves i els motius pels quals és necessari administrar-les. En relació amb el sexe, no hi ha resultats concloents. Ara bé, sembla que de vegades els pacients se senten millor amb un terapeuta del mateix sexe. També hem de tenir en compte l'estatus socioeconòmic i, normalment en relació amb aquest, el nivell cultural. Encara que tampoc hi ha dades concloents, sembla que les persones amb un nivell econòmic superior i amb més estudis són més participatives i tenen menys predisposició a abandonar prematurament l'avaluació.
- **Capacitat d'iniciar i implicar-se en relacions interpersonals.** Tal com hem comentat, l'aliança terapèutica és essencial per a fer una bona avaluació i una intervenció adient. Per tant, aquells pacients que inicialment evidencien més facilitat per a iniciar i mantenir relacions interpersonals tindran també més facilitat per a desenvolupar una aliança de treball adequada. Per exemple, aquells pacients amb nivells alts d'introversió presentaran més dificultats per a establir una aliança de treball escaient i, per tant, serà més difícil fer-ne l'avaluació i el tractament.
- **Intel·ligència.** Les proves que s'utilitzen en l'avaluació i les tècniques d'intervenció requereixen un nivell d'intel·ligència raonable. Hem de valorar el nivell d'intel·ligència i funcionament cognitiu del nostre pacient i, segons aquesta avaluació, adaptar-hi les proves i tècniques.
- **Escala de valors.** Cadascú de nosaltres tenim una escala de valors diferent. Aquells pacients per als quals curar-se (mentalment i físicament) ocupa el primer lloc en el seu ordre de prioritats s'implicaran més activament en l'avaluació i el tractament, i d'aquesta manera obtindran millors resultats.

5.6. Elements del context d'avaluació

No solament és important tenir cura de les nostres habilitats com a terapeutes i de les característiques del pacient, sinó que també és necessari parar molta atenció a l'entorn en què farem l'avaluació.

En primer lloc, és fonamental disposar d'un espai acollidor, agradable i amb el mínim soroll possible. Tot i que resulta evident, no sempre és fàcil aconseguir-ho, sobretot en l'àmbit hospitalari, en què de vegades hi ha mancances importants d'espai. En tot cas, hauríem d'intentar tenir una sala ordenada, amb una taula neta, i amb els elements justos i necessaris per a crear un ambient agradable, però sense estar carregat d'estímul que puguin actuar com a distracció del pacient. Recordeu que tot el que tenim a la consulta, i també la nostra manera de vestir i actuar, dona informació al nostre pacient.

Activitat

Imagineu que teniu una consulta: quins elements decoratius inclouríeu? Com estaria organitzada?

També és essencial el **silenci**, que permetrà al pacient, i a nosaltres mateixos, una concentració adient. En relació amb aquest tema, hem de tenir molta cura amb les interferències i interrupcions que hi pot haver durant el temps que estem amb els pacients. D'aquesta manera, hem d'evitar que entrin altres persones a la sala mentre estem amb el pacient o agafar trucades. Si això succeeix, és molt probable que el pacient senti que no l'atenem i que no tenim un interès real pel seu problema.

Un altre aspecte important és el de la distribució física en què ens ubicarem. Disposar d'una taula i seure al costat del pacient pot ser una bona idea per a crear proximitat i un ambient de confiança. No obstant això, en alguns pacients això pot no ser adequat, ja que es podrien sentir cohibits, o bé percebre que els envaïm l'espai personal. És per aquest motiu que haurem de tenir molt en compte les característiques dels pacients per a regular la proximitat.

En relació amb les habilitats i capacitats implicades en el procés d'avaluació i intervenció, s'ha de tenir en compte:

- L'empatia, l'autenticitat i l'acceptació incondicional són habilitats essencials per a establir un bon vincle amb el pacient.
- Una bona aliança terapèutica facilita l'èxit terapèutic.
- Hi ha una sèrie de característiques de l'avaluat que faciliten el procés d'avaluació i intervenció.
- Hem de proporcionar un context adequat per a l'avaluació.

6. Entrenament en situacions difícils

El procés d'avaluació en psicologia clínica i de la salut de vegades pot resultar difícil, ja que ens podem trobar amb diferents entrebancs que dificulten el procés. Si ens trobem davant de dificultats, caldrà valorar si responen als elements interns o externs, si són dificultats que pot tenir el terapeuta o el pacient o bé si es deriven de la relació que s'estableix entre tots dos.

A continuació exposem, sobre la base de la nostra experiència, algunes situacions difícils que us podeu trobar en el procés d'avaluació. Per cada situació, us donem una sèrie de solucions, però cal tenir en compte que depenen de cada cas i de cada situació concreta. Per tant, heu de considerar que no descrivim totes les dificultats que us podeu trobar i que tampoc presentem solucions vàlides per a tots els casos. Aquestes dependran del cas i de la situació concreta. L'objectiu és fer-vos reflexionar sobre els problemes que us podeu trobar i com els podeu intentar solucionar. Tots aquests aspectes també seran treballats a l'aula per mitjà de les diferents activitats.

a) Ens trobem amb un pacient que no "ens agrada", no ens transmet simpatia ni una bona predisposició per a ser avaluat (per exemple una persona amb una actitud arrogant)

Determinades característiques del pacient ens poden fer sentir incòmodes per a avaluar-lo i tractar-lo, i en canvi d'altres ens fan sentir més disposats. Això és degut a la interacció entre les nostres característiques personals i les del pacient.

Un exemple

Un terapeuta tímid es pot sentir més còmode tractant una persona reservada que no pas una persona extremadament extravertida.

Un bon terapeuta ha de ser conscient d'això, tenir un ampli coneixement de si mateix, una elevada capacitat d'introspecció i saber controlar les seves sensacions i/o prejudicis perquè això no interfereixi en la seva tasca. La feina del psicòleg no és jutjar sinó escoltar i entendre. Caldrà fer un treball personal de "controlar" tot el que impedeix l'acceptació positiva incondicional del pacient i l'establiment d'una aliança de treball adequada. Per això, és important identificar quins factors personals ens fan mantenir les sensacions inadequades i els prejudicis i treballar aquests pensaments negatius. En aquest sentit, si cal haurem d'utilitzar estratègies per a controlar l'ansietat (per exemple: respiració) que ens poden provocar certes situacions.

No obstant això, no sempre és possible controlar les nostres respostes i ser capaços de mostrar una acceptació positiva incondicional cap als pacients. En aquest cas el més prudent serà derivar el cas.

Reflexió

El coneixement personal que ha de tenir el psicòleg de si mateix és molt important tant en el procés d'avaluació com en el procés d'intervenció. Una de les estratègies que s'han proposat per a conèixer les limitacions pròpies, és passar un mateix per un procés psicoterapèutic. Aquesta proposta s'ha fet bàsicament des de la teoria psicoanalítica.

Altres alternatives consisteixen a fer sessions de supervisió amb professionals més experimentats que nosaltres, o bé comentar els casos amb companys. En aquest sentit, és molt positiu no treballar com un professional solitari, sinó en grup.

A partir d'aquesta reflexió, creieu que hi ha altres mecanismes que ens poden ajudar a augmentar el coneixement d'un mateix? És sempre necessari passar per una procés psicoterapèutic per tal de poder exercir?

b) Considerem la persona com un "pacient difícil"

En relació amb el punt anterior, altres vegades podem arribar a veure la persona com un "pacient difícil" pel problema que presenta o pels seus comportaments (per exemple, passivitat o baixa motivació). Aquesta situació ens pot portar a "tirar la tovallola" abans de començar.

Per evitar aquesta situació, de nou, ens hem de mantenir objectius, evitar d'etiquetar el pacient de "difícil" i mantenir l'optimisme. És important també que detectem els nostres pensaments, idees i creences disfuncionals i que les intentem combatre.

Davant d'aquesta situació, és important presentar una elevada tolerància a la frustració. Cal considerar que si el pacient evidencia una baixa motivació o passivitat és possible que moltes de les tècniques aplicades no siguin efectives. De fet, la tolerància a la frustració és important amb tots els pacients, ja que no sempre són efectives les tècniques que utilitzem. En aquestes situacions, convé analitzar els elements que han provocat que la tècnica no funcioni mitjançant una actitud de cerca de solucions alternatives.

c) Sentim atracció pel pacient o aquest en sent per nosaltres

En el cas que nosaltres ens sentim atrets pel pacient s'hauria de derivar el cas a un altre professional, ja que no podríem ser objectius en el procés d'avaluació i intervenció i no seguiríem el codi deontològic.

El pacient pot sentir enamorament cap al terapeuta, però moltes vegades està confonent la sensació de sentir-se comprès (parlar de coses íntimes, sentir-se escoltat, etc.) amb l'enamorament. En aquests casos, cal fer veure al pacient la confusió i anar amb compte de no donar "senyals" que facin que el pacient malinterpreti les nostres accions. Podem parlar amb el pacient de totes les sensacions i pensaments que ha tingut sobre nosaltres i analitzar-les. D'aquesta manera, podrem veure si realment està confonent els sentiments o si hi ha un enamorament real. En aquest últim cas és aconsellable derivar el cas.

Reflexió

Alguns autors comenten que portar un anell, parlar de la parella, dels fills... poden prevenir aquestes situacions. Què penseu d'aquesta estratègia? Creieu que pot ser útil o contraproduent?

d) Hem tingut el mateix problema que el pacient

És possible que ens trobem a la consulta un pacient que ha tingut un problema molt semblant a un que hem tingut nosaltres recentment. Això pot fer despertar els nostres sentiments i que rememorem la situació viscuda. Tot això pot arribar a perjudicar el procés d'avaluació i d'intervenció, ja que hem de recordar que les sessions s'han de centrar en les necessitats del pacient.

Experiències comunes entre el terapeuta i el pacient

Arriba a la consulta un pacient que ha perdut recentment els pares en un accident d'automòbil. Ens diu: "Em sento molt deprimat", "la vida per a mi ja no té sentit". Per casualitat, el psicòleg ha viscut una situació semblant fa poc: el cosí amb el qual sempre havia tingut una relació de "com si fossin germans", ha mort recentment a conseqüència d'un càncer de pulmó. Això va passar fa un any i el psicòleg creia que ho tenia totalment superat però, en escoltar la història del pacient, se li ha remogut tot de nou.

Atès que tots passem per diferents etapes en la nostra vida, és molt freqüent que ens trobem amb pacients que presenten problemes que nosaltres hem tingut. Per això, és molt important que:

- Quan passem per una situació problemàtica ens assegurem d'haver-la superada abans de tornar a exercir. Tal com diu el codi deontològic de l'EFA, "el psicòleg ha de deixar d'exercir quan la seva habilitat o judici es puguin veure compromesos, encara que sigui de manera temporal".
- Hem de tenir una capacitat d'autonegació elevada: l'interès és solucionar els problemes del pacient i no els nostres.
- En cas que ens trobem en situacions d'aquest tipus, és convenient comentar-ho amb companys o supervisors.
- Si no podem anteposar les necessitats del pacient a les nostres hem de derivar el cas i resoldre el nostre problema.

Malgrat tot, de vegades (i si el problema s'ha superat), el fet d'haver patit una dificultat semblant a la del pacient ens pot ajudar a millorar l'empatia i entendre el pacient. Això, evidentment, no vol dir que sigui necessari haver passat per molts problemes per ser un bon psicòleg.

e) No som experts en el problema que presenta el pacient i per això no sabem com avaluar-lo

El primer contacte amb el pacient, moltes vegades telefònic, com hem vist en els apartats precedents, ja ens pot servir per a determinar si podem ajudar el pacient segons la problemàtica principal de la qual ens informi.

No obstant això, també hem fet esment que no sempre és fàcil identificar els problemes del pacient en el primer contacte. En aquestes ocasions, quan identifiquem els seus problemes, probablement en la primera visita, i no som experts en l'àmbit, caldrà ser sincers amb el pacient i dir-li que no som experts en el tema i que li podem proporcionar altres professionals que ho són.

Cal fer la derivació amb delicadesa per evitar que el pacient senti que no el volem atendre o se senti refusat. En primer lloc, caldrà disposar d'una **llista de professionals** (psicòlegs, psiquiatres i centres de dia, entre d'altres) que siguin especialistes en àmbits en què nosaltres no som experts per a poder derivar els casos que no ens veiem capacitats per a tractar.

Un exemple de derivació

Rebem a la consulta un noi que admet un consum elevat de drogues i estem especialitzats en un altre àmbit. En aquest cas, caldria derivar-lo a un centre especialitzat on tractin toxicomanies i abordin diferents aspectes que nosaltres no podem controlar (per exemple, recaigudes i seguiment de drogues).

Un cop identificat el recurs al qual volem derivar el pacient, és important explicar-li les característiques del professional o centre on el volem enviar i acompanyar-lo durant el procés. Això pot implicar, entre altres tasques, trucar al professional al qual volem remetre el pacient i explicar-li els resultats de les nostres avaluacions.

També es pot donar el cas en què, per la nostra formació, veiem que podem abordar la problemàtica, però estem a l'inici de la professió i no tenim experiència en el cas. Llavors caldrà buscar informació sobre el tema en fonts fiables i fer sessions de supervisió amb algun professional que tingui més anys d'experiència. Si la manca de coneixements i d'experiència ens produeix sentiments inadequats, com ara d'inseguretat i d'incompetència, la figura del supervisor també ens pot ajudar a treballar aquests aspectes més personals.

La figura del supervisor

Tot això ens planteja també una idea molt important: en els moments inicials de la pràctica clínica és aconsellable la figura del supervisor per a fer el seguiment dels casos.

f) Tenim coneixement de la problemàtica del pacient per fonts externes no professionals

La confidencialitat és un terme necessari per a l'avaluació psicològica i per a establir una bona relació tal com hem comentat prèviament. Per aquest motiu, si arriba a la consulta una persona referida per tercers que nosaltres coneixem, hem de valorar si realment podrem portar el cas i ser objectius, i si portar el cas tindrà implicacions per al pacient o per a nosaltres. Si veiem que no ens serà possible, el derivarem a un altre professional.

Una situació compromesa

Ens visita el cosí d'un amic al qual mai hem vist i del qual no sabíem res fins que no ha arribat a la consulta. Ens hem assabentat que és el cosí del nostre amic perquè ens ha dit "Estic molt trist i el meu cosí em va dir que ets el millor en aquest tema i que em resoldràs el problema". En aquesta situació, quines implicacions creieu que pot tenir portar el cas?

Podríem, per exemple, pensar que el pacient està dipositant moltes expectatives en nosaltres i que si no es resolen podrien afectar la relació personal amb el nostre amic. D'altra banda, quan ens trobem amb el nostre amic potser sortiria el tema del cosí i, com ja hem comentat, tota la informació de consulta ha de ser confidencial. També el pacient ens pot donar informació del nostre amic que nosaltres no coneixem, i que potser el nostre amic no voldria que coneguéssim.

Aquestes només són algunes de les conseqüències negatives amb què ens podrien trobar. Per tant, en un cas com aquest, hauríem de fer una llista exhaustiva de les possibles conseqüències positives i negatives que podria tenir acceptar el cas i, a partir d'aquest balanç, decidir si avaluem i tractem el cas o no.

En cas que ens veiem capacitats, hem de deixar clar al pacient que pot confiar en nosaltres i que en cap moment no comentarem el que ens explica a altres persones (i si cal, li diem el nom del conegut en qüestió). En cas que aquest conegut ens demani informació, també hem de ser fermes i fer ús de la nostra professionalitat. No obstant això, en termes generals, no considerem positiu tractar els problemes d'amics, familiars, persones conegudes o persones que podem conèixer a través de terceres persones.

També pot interferir el fet que la persona que coneixem ens hagi donat informació de la situació del pacient. Recordeu que **l'avaluació ha de ser com més objectiva millor** i, per tant, no ens hem de deixar portar pel que hem sentit del pacient. Així doncs, cal començar a fer l'avaluació sense que intervinguin interpretacions ni hipòtesis anticipades per fonts no professionals.

g) El psicòleg ha de deixar el procés abans que aquest estigui completat

Hi ha situacions que poden provocar que hàgim de deixar el pacient abans d'acabar el procés d'avaluació o intervenció. Hem de diferenciar entre situacions que podem preveure i situacions no previsibles. En les situacions previsibles (per exemple, un canvi de residència o de lloc de treball) la situació ideal

és no començar el procés si podem preveure que no el podrem acabar. Haurem d'argumentar això adequadament als pacients que ens arribin i derivar-los a professionals que els puguin atendre.

Si no ho podem preveure, si és un interval breu de temps (per exemple, tenim la grip una setmana), intentarem reorganitzar l'agenda sempre que la gravetat dels problemes del pacient ho permetin. No obstant això, si tenim algun cas amb una problemàtica molt greu, és recomanable demanar a algun company que rebi el pacient. Si ens hem d'absentar per un període llarg de manera no previsible (per exemple, hem d'agafar la baixa per una malaltia de llarga durada) ens haurem de responsabilitzar de buscar un professional que pugui atendre els nostres pacients i haurem d'argumentar-ho molt bé a les persones afectades.

En resum, podem dir que un cop iniciem un procés d'avaluació o intervenció, i per tant, acceptem atendre un pacient, ens hem de responsabilitzar i garantir-ne l'atenció en cas que nosaltres no ho puguem fer.

h) El pacient arriba amb un informe psicològic d'un altre professional i nosaltres dubtem sobre aquell diagnòstic

En cap moment no hem de criticar ni jutjar la feina d'un altre professional davant del pacient. És a dir, no hem de desacreditar altres professionals ni dir explícitament que el que han dit no té sentit. Això és així, per una banda, per ètica professional, ja que, com diu el codi deontològic, no hem de desprestigiar altres terapeutes.

No desacreditar altres professionals

La conveniència de no desprestigiar altres col·legues de professió queda recollit en el codi deontològic:

"Sense perjudici de la crítica científica que estimi oportuna, en l'exercici de la professió, el/la psicòleg/a no desacreditarà col·legues o professionals que treballin amb els mateixos o diferents mètodes, i parlarà amb respecte de les escoles i intervencions amb credibilitat científica i professional."

Art. 22

A més, probablement només disposarem de la informació que ens porta el pacient per poder valorar l'actuació de l'altre professional i aquesta pot ser insuficient o esbiaixada.

A banda d'això, també és important no desprestigiar altres professionals amb els quals el pacient ha tingut contacte perquè això li pot provocar sentiments confusos. Per exemple, pot pensar que si abans no han funcionat els tractaments és perquè el professional que l'ha atès no era prou bo. També pot creure que ha estat tractat per una persona no qualificada, i això li pot produir una sensació d'indignació i frustració.

Quan vulguem fer una altra avaluació perquè veiem que l'informe que ens porta de l'altre professional no ens dóna prou informació, podem comentar al pacient que hauríem de programar unes sessions d'avaluació per obtenir-ne més dades.

En aquest nou procés d'avaluació és important que tinguem presents les proves que ha administrat l'altre professional. En cas que vulguem valorar variables que ja ha avaluat l'altre professional amb proves concretes, podem intentar administrar proves diferents de les de l'altre psicòleg. Per exemple, si han valorat el nivell de depressió amb el *Clinical Interview for Depression* (CDI; Paykel, 1985) li podem administrar l'escala *Hamilton Rating Scale Depression* (HRSD; Hamilton, 1967).

Si la nostra avaluació i formulació del cas són diferents, li haurem d'exposar per què hem arribat a unes conclusions determinades sense desprestigiar l'altre professional.

i) El pacient dubta de les nostres habilitats, coneixements o competències

En aquest cas, el primer que hem de fer és no posar-nos a la defensiva i expressar al pacient que entenem que estigui preocupat per la nostra formació, experiència, etc. Ell té un problema i, per tant, és lícit que busqui un professional que consideri que el pot ajudar.

Per tal de solucionar aquestes preocupacions, podem explicar al pacient la nostra formació i experiència en l'àmbit i en el tractament de pacients amb problemes similars.

En cas que no tinguem gaire experiència en el seu problema o en l'avaluació i el tractament (per exemple, perquè hem començat a exercir fa poc), hem de ser sincers i explicar-ho al pacient. Ell ha de poder triar lliurement, i sense enganys, si vol seguir o no el procés amb nosaltres. A la vegada, nosaltres hem de respectar la decisió.

Si tot just hem començat a treballar, podem explicar al pacient la nostra especialització i els estudis que hem fet abans d'exercir. També podem explicar-li que tenim un supervisor que fa un seguiment de la nostra tasca.

j) El pacient arriba obligat o pressionat per d'altres

El més important en aquests casos és motivar el pacient. Partint de les fases del canvi que proposa Prochasla i DiClemente (1983), haurem d'intentar que la persona sigui conscient que té un problema i prengui la decisió d'actuar per solucionar-lo.

Justificar una segona avaluació

Podem argumentar que nosaltres utilitzem una metodologia de treball diferent i per això necessitem fer una avaluació addicional.

Per motivar el pacient a explorar els seus problemes, és essencial establir una bona relació terapèutica. Això és fonamental en tots els casos, tal com reitem. No obstant això, en aquests casos pot ser més important reforçar aquesta relació. Li hem de demostrar empatia, fer que se senti comprès i que no se senti forçat a parlar. Li podem dir que entenem que no vulgui venir, ja que ell no ho ha decidit i preguntar-li per què creu que l'han portat, què pensa del que diuen i si ell creu que el podem ajudar en alguna cosa. Caldrà indagar en les seves creences sobre la professió del psicòleg, què creu que fa un psicòleg, si hi ha anat altres vegades, quines experiències hi ha tingut, etc.

A banda d'això, també podem:

- Pactar amb el pacient unes sessions perquè tingui temps de conèixer com funcionem. Després d'aquestes sessions negociades, podrà decidir si vol continuar el procés.
- Fer una anàlisi objectiva dels problemes i de com afecten la seva vida o la de les persones que l'envolten.
- Fer una anàlisi dels avantatges i desavantatges de solucionar el problema per motivar-lo.
- En l'avaluació, començar amb preguntes obertes relacionades amb els temes que més interessin el pacient per després centrar-nos en els problemes.
- A l'hora de començar l'avaluació, prendre com a base la informació que hàgim pogut obtenir a partir d'informes previs o bé a través de la persona que ens hagi remès el pacient.
- Demanar al pacient que ens descrigui els problemes que té segons la persona que l'ha obligat a venir. A partir de la resposta, es pot començar a indagar sobre els problemes.

Si després d'un temps el pacient continua pensant que no necessita la nostra ajuda, difícilment li podrem donar suport. Arribats a aquest punt, li podem dir que si més endavant canvia d'opinió pot tornar en qualsevol moment i oferir-li l'opció de consultar altres professionals si amb nosaltres no s'ha sentit còmode.

Caldrà parlar amb la persona que ens l'ha derivat (per exemple la dona o el germà) i exposar-li la situació. Igualment, convindrà recordar-li que si ell no vol venir difícilment el podrem ajudar.

Sempre hem de deixar les portes obertes a possibles retorns.

k) El pacient no vol fer cap avaluació psicològica, vol que li diguem què li passa i que comencem a fer un tractament com més aviat millor

Hem de fer entendre al pacient que l'avaluació és necessària, independentment del nostre model teòric, per poder fer un tractament. Com ja hem comentat a l'inici, l'avaluació psicològica i el tractament es poden considerar dues fases del mateix procés.

Importància de l'avaluació

Arriba a la consulta una dona que manifesta un grau elevat d'ansietat. Haurem d'avaluar factors com: quina gravetat mostra el problema, quines repercussions té, si hi ha simptomatologia associada, quins altres problemes hi ha presents i la relació entre aquests, etc. Tot això és necessari per a establir les hipòtesis del cas, definir una línia base i avaluar els progressos del tractament. Per tant, en cas que ens argumenti que l'avaluació no es necessària, li haurem d'argumentar que necessitem saber què li passa, ja que és l'única manera de garantir-li un tractament eficaç i d'avaluar si el tractament està tenint els efectes esperats.

Per tant, és important aclarir la importància de l'avaluació al començament. També és convenient dir-li que necessitem explorar pensaments i sentiments abans d'arribar a un diagnòstic i oferir-li una estimació de quantes sessions necessitem per a avaluar i informar-lo dels resultats. En alguns casos podem fins i tot pactar un temps de la sessió per començar a intervenir en alguns dels aspectes que més poden amoïnar el pacient (per exemple, en algun cas d'ansietat li podem ensenyar alguna tècnica de relaxació) i en l'altra part de la sessió podem continuar amb l'avaluació.

També caldrà argumentar per què necessitem la informació. És a dir, convé fer entendre al pacient que no som uns tafaners sinó que necessitem recollir la informació per a entendre'l i poder ajudar-lo. En aquest sentit és important, per a evitar que el pacient senti que som uns tafaners, recollir només la informació estrictament necessària.

l) El pacient té dificultats per a explicar els seus problemes

Dins d'aquest apartat podem incloure moltes situacions en què les nostres actuacions poden ser semblants. De manera molt general, en els casos de pacients amb dificultats per a expressar els seus problemes no és bo atabalar el pacient. Al contrari, fóra més adequat mostrar-li la nostra empatia i que entenem que és difícil parlar de coses íntimes amb un desconegut. Per això, a més de les habilitats terapèutiques, és necessari establir les normes del joc, és a dir, com funcionarà l'avaluació. Amb aquesta metodologia, el pacient podrà preveure el que passarà al llarg del procés i se sentirà més segur.

A continuació presentem, dins de la casuística de pacients amb dificultats per a explicar els seus problemes, situacions concretes amb què ens podem trobar a la consulta.

i) El pacient dóna respostes o explicacions molt breus. Caldrà valorar per què ho fa i, en funció d'això, establir una estratègia o una altra. Per exemple, pot ser que tingui dificultats o por de parlar dels problemes perquè té vergonya. Si detectem aquesta situació, serà important reforçar les nostres habilitats terapèutiques i l'aliança de treball, tot fent saber al pacient que no ens espantarem ni jutjarem el problema. Al mateix temps, el reforçarem quan ens expliqui coses i l'animarem a seguir explicant-nos els seus problemes. Amb el llenguatge no verbal també el podem animar a seguir explicant-nos i a detallar més el que ens diu.

També pot ser que el pacient tingui poques capacitats d'expressió. En aquests casos haurem de ser pacients, donar el temps de resposta que necessiti el pacient i reforçar-lo. Una altra possibilitat és que el pacient estigui pensant i que per això ens hagi respost molt breument. És important, doncs, deixar el temps de resposta necessari per a cada pacient.

En aquestes situacions en què les respostes dels pacients són molt breus, o quan ens expliquen de manera molt poc definida els problemes, pot ser útil la utilització d'instruments d'avaluació per a perfilar la informació del seu problema. En aquest sentit poden ser molt profitosos els autoregistres.

Una altra estratègia d'utilitat en l'entrevista és començar fent preguntes obertes per a després concretar més la informació. De fet, aquest és el procediment habitual en gairebé totes les entrevistes. A més, és convenient començar tractant el problema que més interessi el pacient o aquell que identifiqui amb més facilitat. Quan els pacients arriben a la consulta, la majoria de vegades porten un guió mental del que ens volen presentar. En efecte, molts cops la decisió de visitar el psicòleg ha estat molt valorada i, per tant, el pacient ha tingut temps d'examinar-la amb detall i pensar en com presentar el problema. Per començar, pot ser interessant escoltar el que el pacient té preparat i, a partir d'aquesta primera explicació, començar a detallar i concretar més aspectes que ens puguin interessar.

ii) Quan parlem d'algun tema important, el pacient parla de coses irrellevants. Caldrà veure quin és el motiu de la baixa concreció en els missatges. Pot parlar de coses irrellevants perquè té por, perquè parla molt, per a evitar parlar del tema, perquè està molt nerviós, etc. En tot cas haurem d'evitar reforçar els aspectes irrellevants i tractar de reconduir el pacient cap al focus dels seus problemes. Si no aconseguim de cap manera reorientar-lo podem optar per dir-li el que pensem (per exemple: "Veig que quan parlem d'alguns temes parles d'altres coses"). També podem optar per una estratègia ja comentada: començar amb preguntes generals i concretar les qüestions a poc a poc.

iii) **El pacient no vol parlar del seu problema.** Aquesta situació es pot donar per diverses raons, entre les quals podem destacar encara no se sent preparat per a expressar verbalment el problema, encara no té un bon vincle amb el terapeuta i sap que no es troba bé, però no sap com definir el problema. També és freqüent que les persones que venen a la consulta obligades tinguin dificultats per a expressar els problemes o que no els vulguin explicar.

En cas que no estigui preparat per a parlar del seu problema i ens digui "D'aquest tema no vull parlar" o "No estic preparat", li haurem de deixar un temps fins que es vegi capacitat per a parlar-ne. De tant en tant li podem preguntar (sense atabalar-lo): "Saps que hi ha un tema de què hem de parlar, et veus capaç de fer-ho avui?" i li haurem de reforçar (tant verbalment com de forma no verbal) el fet de reconèixer i que ens expressi que li costa parlar d'algun tema.

Si no tenim un bon vincle, caldrà donar-li una mica de temps i valorar quins aspectes personals i terapèutics hem de treballar més perquè ell ens pugui veure com a persones de confiança.

En les dues situacions, una bona estratègia pot ser incidir en aspectes relacionats amb el problema que, a la llarga, ens apropi a la qüestió que ens interessa. També li podem oferir un altre format per parlar del tema (per exemple un escrit, un qüestionari o un registre).

De nou, en aquest cas podem utilitzar l'estratègia de començar amb preguntes obertes i després concretar a poc a poc, com s'indica en l'exemple següent. Hem de tenir en compte, però, que si li fem preguntes molt seguides i molt directes, el pacient es pot sentir molt incòmode i pot acabar contestant de manera molt breu amb monosíl·labs. Únicament aconseguirem que es tanqui més i que la nostra feina sigui improductiva.

Concretar el problema del pacient

A continuació, exposem un cas d'un noi a qui costa concretar el problema i com el terapeuta intenta extreure informació sobre el seu problema.

T: Com ha estat aquesta setmana, X?

P: Bé, com sempre...

T: Què vol dir com sempre? Explica'm una mica més.

P: Avui no tinc ganes de parlar, he estat pensant a no venir perquè no tinc res a dir.

T: Molt bé, X, m'alegro que tot i que no en tenies ganes has fet l'esforç i has vingut. Ja saps que si no vols parlar no hi ha cap problema, de vegades ens costa parlar i més de coses personals.

P: Ja, però sàpigues que no vull parlar de res. Estic una mica "xof" i no puc...

T: Els altres dies que has vingut a les sessions, mai havies estat "xof", oi?

P: Sí, sempre havia tingut ganes de venir.

T: Però què vol dir estar "xof"?

P: És quan estàs una mica desanimat, sense ganes de fer res... sols voldria estar a casa dormint.

T: Llavors, X estàs sense energia...

P: Sí.

T: I des de quan estàs sense força?

P: Ahir ja em trobava així.

T: I què vas fer ahir? Vas anar a la universitat?

P: Sí, la veritat és que em vaig llevar bé però em vaig trobar malament a la segona classe.

T: A la segona classe vas començar a sentir-te malament? Quina assignatura era?

P: La més difícil, de la que tinc l'examen dilluns, és molt difícil, és impossible i la tornaré a repetir..

T: I creus que això és el que et fa sentir "xof"?

P: Sí, és que no puc concentrar-me per estudiar, començo a pensar què no podré, em comença a bategar el cor molt fort...

T: Molt bé X, crec que avui estàs fent una feina molt important a la sessió, estic molt content, estem descobrint per què et sents així i gràcies al teu esforç d'explicar-ho en un moment tan dèbil per a tu ho podem treballar. M'alegro que hagi vingut a la sessió.

També, per tal d'identificar els problemes, li podem demanar que ens descriu un dia normal de la seva vida. Amb aquest exercici podem començar a identificar quins poden ser els aspectes més problemàtics del pacient.

m) El pacient està molta estona en silenci

Quan un pacient està molta estona en silenci caldrà avaluar per què ho fa. Un dels motius pels quals el pacient podria estar molta estona en silenci és per la dificultat d'expressar els seus problemes. En aquest cas es podrien aplicar les tècniques comentades en l'apartat anterior.

No obstant això, els silencis també poden ser deguts a altres situacions, com ara la necessitat de més temps per a pensar o expressar idees, o bé no tenir preparat el discurs. En aquests casos, caldrà respectar el temps del pacient i deixar prou temps perquè pugui elaborar la seva resposta.

Sovint, a nosaltres ens costa tolerar els silencis dels pacients, ja que ens fan sentir insegurs, incompetents. En aquest cas, haurem de treballar les nostres sensacions.

Podríem utilitzar diferents estratègies davant d'un pacient que està molta estona en silenci, entre les quals podem destacar:

- Parlar de temes més generals que li poden interessar (futbol o estudis) que facin que el pacient es relaxi i parli.
- Fer-li veure al pacient que està molta estona en silenci "Veig que no parles gaire" i preguntar-li què li passa.
- Mostrar-li empatia i dir-li que entenem que li costi parlar a una persona que no coneix gaire.
- Dir-li que no el podem ajudar si no ens especifica els seus problemes.
- Demanar-li què podem fer nosaltres perquè s'obri.
- Oferir-li algun altre format com un paper perquè escrigui les coses que li passen.

n) El pacient fa preguntes personals al terapeuta (per exemple, si ell ha patit depressió...)

És normal que un pacient tingui curiositat de fer preguntes personals i intentar veure si hem estat en situacions semblants. Els motius pels quals els pacients ens pregunten poden ser molt variats. Per exemple, els pacients poden pensar que si hem estat en situacions semblants serem més capaços d'entendre'ls i ajudar-los millor. També ens poden fer preguntes personals per sentir-se més pròxims a nosaltres.

En aquest sentit, és important esbrinar les raons de la seva curiositat (li podem preguntar "Per què ho preguntes?") i tractar-les. D'aquesta manera, li podem argumentar que és lògic que tingui curiositat per la nostra vida, ja que explicar a un desconegut coses personals és difícil, però que ha de confiar en nosaltres i que és important que ens centrem en els seus problemes. També cal deixar clar que la relació entre terapeuta i client no és una relació d'amics que s'expliquen les coses. La relació és professional i dirigida a un objectiu: ajudar el pacient.

o) El pacient explica les coses més interessants al final de la sessió

De vegades, la informació més rellevant per a la nostra avaluació i intervenció se'ns facilita en els moments menys adequats. Si ens trobem en aquesta situació, haurem de dir al pacient que en la propera sessió parlarem amb molta més calma del que ens acaba de dir, ja que és un tema important i l'hem de parlar amb més tranquil·litat. Fins i tot podem programar una cita abans del que estava previst si veiem que la propera visita és molt lluny i el que el pacient ens ha de comentar és molt important.

Algunes vegades, podem allargar una mica més la sessió, però hem d'intentar que no sigui un costum. Això només és adequat si la situació és molt urgent o si no tenim un pacient a continuació. No obstant això, per norma general, hem d'habituar el pacient a limitar la sessió al temps que hem establert.

Si el pacient allarga les sessions repetidament, explicant-nos aspectes rellevants al final, podem utilitzar estratègies com indicar al principi de la sessió quina en serà l'estructura. Com a norma general, la primera part de la visita es dedica a recordar el que es va tractar en la sessió prèvia i contextualitzar-ho. La part central, a fer avaluacions específiques (o tècniques de tractament). Per acabar, és útil fer un resum del que s'ha treballat al llarg de la visita. En explicar aquesta estructura al pacient, podem fins i tot concretar els aspectes que avaluarem al llarg de la sessió i, per tant, li estarem donant pautes de quin és el millor moment per a explicar les coses rellevants.

p) El pacient es posa a plorar

En els casos en què el pacient es posa a plorar, haurem d'actuar amb tranquil·litat i deixar que les emocions sorgeixin. Li podem oferir un mocador i deixar que ell mateix es calmi. En alguns casos podem seure al seu costat,

donar-li la mà, etc. En qualsevol cas, hem de conèixer les característiques del pacient, ja que depenent d'aquestes un petit contacte físic pot ser interpretat erròniament.

El contacte físic es pot interpretar negativament en casos de pacients molt introvertits.

Hem de respectar el moment i fer entendre al pacient que és positiu que pugui expressar les emocions en les sessions, i totalment normal.

Reflexió

Penseu en quines característiques del pacient poden fer que el contacte físic sigui ben rebut o no. Penseu també en les implicacions positives i negatives que pot tenir el contacte físic amb el pacient. Comenteu les reflexions amb els companys de l'aula i el consultor.

q) El dia que havíem acordat administrar qüestionaris el pacient comença a parlar d'un aspecte important que li ha succeït aquella setmana.

Podem deixar l'administració dels qüestionaris per a un altre dia o podem dedicar una part de la sessió a parlar del tema i l'altra a fer els qüestionaris. Tot i que nosaltres hem de dominar la situació, hem de ser flexibles i algunes vegades haurem de canviar el nostre protocol.

Canvi de plans

Imagineu que tenim programat un procés estàndard d'una primera visita i tres més d'avaluació. Aquesta planificació es podria modificar segons el pacient i les circumstàncies.

r) Mentre fem l'avaluació ens diu que té pensaments de suïcidi.

Davant d'aquesta situació cal valorar el risc real que té de suïcidi, quin tipus de pensaments té, si té ideació suïcida, si n'ha consumat intents, etc. Un cop valorada la situació, caldrà decidir si cal un ingrés immediat o solament són pensaments i no passaran a l'acte. Aquesta situació és molt difícil però hem de mantenir la tranquil·litat i fer un judici el més objectiu i acurat possible.

Si cal, podem citar el pacient més d'una vegada a la setmana per fer un seguiment i complementar el tractament amb medicació controlada per un professional.

Convindrà veure l'evolució d'aquests pensaments i implicar la família per tenir un millor control. Quan un pacient ens parla del suïcidi no podem relativitzar la situació, ja que tot i ser un tema que ens pot produir angoixa, hem d'oferir a la persona l'espai perquè es pugui comunicar i es pugui sentir més comprès.

Si aquesta situació ens produeix molta angoixa caldrà que treballem totes les sensacions i pensaments que ens sorgeixin. Si ho veiem necessari, haurem de parlar del tema amb altres professionals que ens puguin ajudar a controlar aquestes sensacions i pors.

s) El pacient menteix.

Serà necessari confrontar el pacient amb les informacions contradictòries que hàgim detectat.

Un exemple de confrontació

Si detectem que el pacient menteix li podem formular preguntes com aquesta: "Com és que ahir vas dir que no tenies problemes amb ningú i avui dius que t'has barallat amb el teu germà?".

Haurem d'analitzar per què menteix, si ens vol causar una bona impressió, si li fa vergonya, etc. i llavors dir-li que ha de confiar en nosaltres, que el volem ajudar i que ha de recordar que tot el que parla en les sessions és confidencial. Li podem dir que moltes persones tenen por de parlar de temes difícils però que és la nostra feina i que encara que es pugui sentir incòmode a poc a poc se sentirà més tranquil.

Si el pacient menteix per cridar-nos l'atenció, caldrà veure quina impressió ens vol donar i per què, quina necessitat té de mostrar-se amb nosaltres d'una manera diferent i dir-li que no cal que aparenti res.

t) El pacient no entén els qüestionaris que li donem.

Caldrà veure quin grau d'escolarització té el pacient, quin idioma utilitza, si té problemes de comprensió lectora, etc. Hem d'analitzar les característiques dels pacients i assignar el millor qüestionari disponible per a la seva situació. En aquesta adaptació, en alguns casos serà suficient amb llegir nosaltres els enunciats al pacient.

En cas que no entengui els qüestionaris com a conseqüència del seu estat emocional, per exemple una persona amb un trastorn depressiu que presenta una falta de concentració important, caldrà obviar els qüestionaris i esperar que la persona estigui millor. És a dir, es pot continuar amb l'entrevista i esperar un moment més oportú per a l'administració dels qüestionaris.

u) El pacient es queixa que les preguntes sempre són les mateixes.

Alguns dels qüestionaris contenen preguntes semblants per a augmentar-ne la validesa. Això pot crear la sensació que es repeteixin preguntes. Haurem d'explicar, d'una manera senzilla i comprensible per al pacient, que és cert

el que diu però que és necessari per a fer una avaluació adequada. L'haurem d'animar que intenti contestar les preguntes encara que siguin molt semblants.

v) El pacient no acudeix a les sessions d'avaluació, arriba tard o truca per anul·lar la sessió

En cas que no acudeixi a la sessió podríem trucar-lo per saber per què no ha assistit (si s'ha confós, si s'ha dormit, si no vol venir més, etc.). Si ens comunica que ha estat un malentès el podem citar per a un altre dia i no donar-li importància, ja que és un fet aïllat. No obstant això, si es repeteix haurem d'explorar-ne els motius.

En cas que ens digui que no vol continuar, caldrà deixar-li les portes obertes ja que si no vol venir la nostra feina no tindrà sentit.

Si arriba tard, s'haurà de valorar quina ha estat la causa, si ho fa assíduament o si ha estat el primer cop. Hem de ser flexibles si la causa està justificada, però si veiem que sempre arriba tard o sempre se'n descuida hem d'avaluar per què ho fa (no té ganes de venir, té problemes d'organització personal, etc.). Caldrà dir-li que és necessari que compleixi els dies i els horaris pactats, ja que si no ho fa la teràpia no serà útil. Hem de portar sempre el control de les sessions, ja que si deixem que el pacient triï quan ve i quan no ve, fem que la teràpia perdi efectivitat.

w) El pacient arriba a la consulta i ens diu el nom del seu diagnòstic.

És molt freqüent que els pacients arribin a la consulta dient que tenen un diagnòstic determinat perquè un altre professional els ho ha dit o ells ho han deduït. Per exemple, quan preguntem al pacient pel motiu de la consulta pot dir "Vinc perquè estic molt deprimit". És possible que ell cregui que amb això el seu problema ja està molt delimitat i que el que necessita és alguna cosa efectiva que l'ajudi a superar el problema. En aquest punt, hem d'argumentar la necessitat de fer una avaluació acurada per a poder fer el tractament.

En altres ocasions poden arribar a la consulta pacients molt estigmatitzats per les etiquetes diagnòstiques. En efecte, de vegades les etiquetes poden tenir efectes molt negatius. En aquest cas, haurem d'explicar molt bé al pacient que necessitem explorar el problema i tranquil·litzar-lo.

En relació amb aquest punt, també pot succeir que el pacient arribi a la consulta amb molta informació del que creu que li passa i que hagi arribat fins i tot a fer-se un autodiagnòstic. Actualment, gràcies a la xarxa, és freqüent que els pacients vinguin amb informació. En aquests casos, hem d'argumentar també la necessitat de fer una avaluació acurada des del punt de vista professional. Això no vol dir que hàgim de dissuadir el pacient que busqui informació del seu problema. Hem de fer entendre al pacient que hi ha molta informació

disponible però no tota és vàlida i s'ha de ser molt crític i comentar la informació trobada amb professionals. A més, hem d'incidir en el fet que no s'ha d'obsessionar amb la cerca d'informació.

Entrenament en situacions difícils

- Ens podem trobar davant d'una gran varietat de situacions difícils en el procés d'avaluació.
- Hem de ser sincers amb els pacients.
- En acceptar un cas s'adquireix un compromís ferm amb el pacient.
- Hem de conèixer i aplicar els principis deontològics davant de situacions problemàtiques.
- Sempre hem d'argumentar tot el que calgui al pacient.
- Hem d'intentar ser com més objectius millor.
- Cal adaptar les nostres intervencions als pacients.
- Hem de controlar les emocions.

Bibliografia

Bibliografia bàsica

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1989). Codi deontològic (COPC). Disponible en línia: <http://www.copc.org/content/category/18/37/190/>

Ja heu tractat els aspectes ètics en altres assignatures però és un document que sempre heu de tenir present.

Cormier, W. H. i Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

En aquest llibre trobareu una àmplia i detallada reflexió de les principals habilitats i capacitats, i també exercicis per a dur a terme l'avaluació psicològica i el tractament.

Guy, James D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.

En aquest llibre l'autor ens ofereix un retrat de les persones que es volen dedicar a la psicoteràpia. La seva lectura és molt adequada per reflexionar sobre la professió.

Hill, C. E. i O'Brien, K. M. (2000). *Helping Skills*. Washington, DC: American Psychological Association.

Aquest és un molt bon llibre destinat a estudiants de psicologia en el qual es presenta un model d'intervenció de manera molt aplicada.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.

En aquest llibre es presenta de manera molt detallada i molt pràctica un model d'avaluació en psicologia clínica.

Referències bibliogràfiques

Ackerman, S. J. i Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., i Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nova York: Guilford Press.

Cottone, R. R. i Claus, R. E. (2000). Ethical decision-making models: A review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, 78, 275-283.

D'Zurilla, T. J. i Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. A P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (1, pp. 201-274). Nova York: Academic Press.

Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., i Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159, 845-851.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): una propuesta a discusión. *et al. Papeles del Psicólogo*, 23, 58-70.

Fisher, M. A. (2008). Protecting confidentiality rights: the need for an ethical practice model. *American Psychologist*, 1, 1-13.

Geenberg, T., Constantino, M. J., i Bruce, N. (2006). "Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?". *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.

Goldfried, M. R., i Burckell, L. A. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *JCL/ In Session*, 59, 555-568.

European Journal of Psychological Assessment, Haynes, S. (1998). The assessment-Treatment relationship and Functional Analysis in Behavior Therapy. 14, 26-35.

Hill, C. E. i Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy*, 38, 413-417.

- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.
- Knox, S. i Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: research-based suggestions for practitioners. *JCP/In Session*, 59, 529-539.
- Meyer, G. J. et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the pain disability index. *Percept Mot Skills*, 59, 974.
- Prochaska, J. O. i Di Clemente, C. C. (1983). Trans-theoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Reis, B. i Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 311-316.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 240-248.
- Sileo, F. J. i Kopala, M. (1993). An A-B-C-D-E worksheet for promoting beneficence when considering ethical issues. *Counseling and Values*, 37, 89-95.
- Virués-Ortega, J. i Haynes, S. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R.G.B., i Van Eek, H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.
- Wierzbicki, M. i Perarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.